

ANALISIS INOVASI LAYANAN KESEHATAN BEBAS RETRIBUSI DI KABUPATEN BANTAENG

**Skripsi
Untuk memenuhi sebagian Persyaratan
untuk mencapai derajat Sarjana S-1**

Program Studi Ilmu Pemerintahan



Oleh :

MUHAMMAD NURHAQ

E12112003

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2016**

LEMBARAN PENGESAHAN

Skripsi

ANALISIS INOVASI LAYANAN KESEHATAN BEBAS RETRIBUSI DI KABUPATEN BANTAENG

yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Muhammad Nurhaq


E12112003

Telah dipertahankan di depan panitia ujian skripsi

Pada tanggal 23 Mei 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Telah disetujui oleh :

Pembimbing I



Prof. Dr. H. A. Gau Kadir, MA
NIP. 19501017 198003 1 002

Pembimbing II



A. Lukman Irvan S.IP, M.Si
NIP. 197901062 00501 1 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Ilmu Politik/Pemerintahan

Ketua Prodi Ilmu pemerintahan

FISIP UNHAS



Dr. H. A. Samsu Alam, M.Si
NIP. 19641231 198903 1 027

FISIP UNHAS



Dr. Hi. Nurlinah, M.Si
NIP. 19630921 198702 2 001

LEMBARAN PENERIMAAN

Skripsi

**ANALISIS INOVASI LAYANAN KESEHATAN BEBAS RETRIBUSI DI
KABUPATEN BANTAENG**

yang dipersiapkan dan disusun oleh :

MUHAMMAD NURHAQ**E12112003**

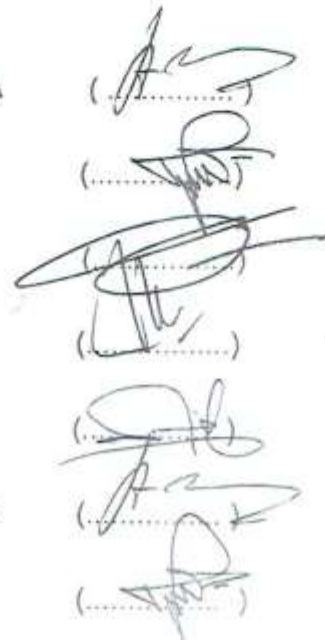
Telah diperbaiki dan dinyatakan telah memenuhi syarat oleh panitia ujian skripsi pada Program Studi Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu politik Universitas Hasanuddin

Makassar, Pada Hari Kamis, Tanggal 26 Mei 2016,

Menyetujui :

PANITIA UJIAN :

Ketua	: Prof. Dr. H. A. Gau Kadir, MA
Sekretaris	: A. Lukman Irwan S.IP, M.Si
Anggota	: Dr.H. A. Samsu Alam, M.Si
Anggota	: Dr. Hj. Nurlinah, M.Si
Anggota	: Dr. A.M. Rusli, M.Si
Pembimbing I	: Prof. Dr. H. A. Gau Kadir, MA
Pembimbing II	: A. Lukman Irwan S.IP, M.Si



(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim...

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas berkat, ridho, rahmat, taufik dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *“Analisis Inovasi Layanan Kesehatan Bebas Retribusi Di Kabupaten Bantaeng.”*

Skripsi ini diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan (S1) pada Prodi Ilmu Pemerintahan dan Jurusan Ilmu Politik dan Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidaklah mudah dan membutuhkan waktu yang singkat. Selama penyusunan skripsi ini, penulis menemukan berbagai hambatan-hambatan dan tantangan, namun hambatan-hambatan dan tantangan tersebut dapat teratasi berkat tekad yang kuat, segala upaya dan usaha yang keras serta tentunya dukungan tenaga, pikiran dan doa dari berbagai pihak.

Pada kesempatan ini izinkan penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada orang tua tercinta, Ayah Muri, S.Pd dan Ibu Sitti Haerani, S.Pd yang telah melahirkan, membesarkan, dan mendidik penulis hingga sampai seperti saat ini. Terima Kasih tak terhingga karena telah memberikan segala dukungan yang luar biasa kepada penulis. Baik itu berupa kasih sayang, dukungan moral dan materi serta doa yang tak pernah

ada hentinya selalu diberikan dengan ikhlas kepada penulis, semoga Allah SWT selalu melindungi, memberikan kesehatan serta rezeki kepada kedua orang tua penulis.

Terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis mengikuti pendidikan pada program S1 Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Dr. Andi Alimuddin M.Si, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin beserta seluruh stafnya
3. Dr. H. Andi Samsu Alam, M.Si, selaku ketua jurusan Ilmu Politik dan Pemerintahan beserta seluruh staf pegawai di lingkup Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin khususnya jurusan Ilmu Pemerintahan.
4. Dr. Hj. Nurlinah, M.Si selaku ketua prodi ilmu pemerintahan fakultas ilmu sosial dan Ilmu politik dan seluruh staf pegawai di lingkungan Prodi Ilmu Pemerintahan.
5. Bapak Prof. Dr. H. A. Gau Kadir, MA , selaku pembimbing I dan Bapak A. Lukman Irwan, S.IP, M.Si, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing penulis dari awal proposal hingga skripsi ini selesai.

6. Para tim penguji yang telah banyak memberikan masukan dan saran dalam upaya penyempurnaan skripsi ini.
7. Seluruh Dosen Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik yang telah membagi ilmu yang bermanfaat kepada penulis.
8. Pemerintah Kabupaten Bantaeng yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Kabupaten Bantaeng.
9. Terima Kasih kepada saudari kandung penulis, drh. Lu'ulul Amna dukungan serta semangat yang tiada hentinya kepada penulis selama ini. Terima kasih telah menjadi saudara sekaligus teman terbaik. Semoga kita selalu bisa membahagiakan ayah dan ibu.
10. Terima Kasih kepada dr.Andi Ichsan,S.ked, dan dr. Rezy Friyana, S.ked, Nurul Fitrianti, Mawar, dan Sudarsono yang telah membantu peneliti dalam mendapatkan data dalam penelitian yang dilakukan.
11. Kepada teman, sahabatku, saudaraku bahkan lebih dari itu Lidya Dwi Arista yang telah menemaniku sejak masa sma sampai kejenjang perkuliahan. Skripsi ini kupersembahkan untuk sebuah pembuktian awalku kalau penulis juga bisa berproses diruang yang lain.
12. Terima kasih untuk saudara-saudara seperjuangan Fraternity: Latippa, Fitrah, Cali, Dio, Ruri, Erwin, Indra, Randi, Alif, Aan, Tirto, Afdal, Opik, Dondo', Aji, Hadi, Ammang, Ipul, Marwan, JS, Urlick, Eky, Wahyu, Patung, Chaidir, Ardi, Eka, Dedi, Ilham, Muchlis, Sari, Uci, Defi, Eva, Rewo, Mety, Syita, Willy, Yuyun, Lifia, Irma, Tari, Pera, Nida,dan eka.

Terima kasih banyak atas semua tangisan tawa, debat dan cerita yang telah kita lalui dengan hebat.

13. Terima Kasih Kepada Keluarga besar Himpunan Mahasiswa Ilmu Pemerintahan (HIMAPEM) FISIP Unhas, Respublika 2006, Renaissance 2007, Glasnost 2008, Aufklarung 2009, Volksgeist 2010, Enlightenment 2011 dan Fraternity 2012. Dan Penulis Titipkan di pundak kalian Rumah Jingga kepada Adinda Lebensraum 2013, Fidelitas 2014 dan Federasi 2015. Jayalah Himapemku, Jayalah Himapem Kita.

14. Terima kasih kepada teman - teman KKN Gel. 90 Kabupaten Bulukumba, Kecamatan Bonto Bahari dan terkhusus kepada Bapak Posko Nursyam, S.Sos beserta istri dan anaknya, dan teman-teman posko Arwin, Achok, Ammy, Ayu, Zakinah, Baso, Dhani, Ikram, Andi Ariny, Rizal, Ammar, dan Yamin. Terima kasih telah menjadi keluarga sekaligus teman yang menyenangkan walaupun hanya dalam waktu yang singkat tapi semua cerita indah itu tersimpan rapi dalam hati penulis. Semoga silatturrahmi tetap terjaga sampai kapanpun.

15. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada keluarga dan teman-teman yang tidak sempat penulis tuliskan namanya satu-persatu.

Akhirnya kepada Allah SWT penulis serahkan segalanya serta panjatkan doa yang tiada henti, rasa syukur yang teramat besar penulis haturkan kepada-Nya, atas segala izin dan limpahan berkah-Nya penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.

Semoga amal kebajikan semua pihak yang telah membantu diterima disisi-Nya dan diberikan pahala yang berlipat ganda sesuai dengan amal perbuatannya. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya, serta bagi para pembaca pada umumnya. *Amin YaRabbal 'Alamin.*

Makassar, 27 Mei 2016

Penulis,

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
LEMBARAN PENERIMAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
ABSTRAKSI	xvi

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.5. Kerangka Konseptual	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Inovasi.....	9
2.2. Pengertian Kesehatan	13
2.3. Konsep Pelayanan Kesehatan	14

2.4.	Pengertian Pelayanan Kesehatan Gratis	20
2.5.	Jenis Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Jaringannya	22
2.6.	Akses Layanan Kesehatan	24

BAB III METODE PENELITIAN

3.1.	Lokasi dan Waktu Penelitian	28
3.2.	Tipe dan Dasar Penelitian	28
3.3.	Objek Penelitian dan Informan	29
3.4.	Teknik Pengumpulan Data	30
3.5.	Analisis Data	31
3.6.	Definisi Operasional	32

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1.	Gambaran Umum	34
4.1.1.	Karakteristik Lokasi dan Wilayah	35
4.1.2.	Keadaan Iklim	36
4.1.3.	Demografi	37
4.1.4	Kesehatan	39
4.1.5	Pembangunan Manusia	41

4.2.Strategi Inovasi Layanan Kesehatan Bebas Retribusi	
di Kabupaten Bantaeng.....	42
4.2.1. Kondisi Pelayanan Kesehatan Sebelum Terbentuknya	
Brigade Siaga Bencana	43
4.2.2. Pembentukan Brigade Siaga Bencana.....	47
4.2.2.1. Sarana dan Prasarana Awal Pengoperasian	
Brigade Siaga Bencana	51
4.2.2.2. Sarana dan Prasarana Setelah Pengoperasian	
Brigade Siaga Bencana.....	53
4.2.3. Pengorganisasian dan Sumber Dana	55
4.2.4. Implementasi Brigade Siaga Bencana	61
4.2.4.1. Respon Time Brigade Siaga Bencana	64
4.2.4.2. Mekanisme Pelayanan Brigade Siaga Bencana	65
4.2.5. Hasil yang dicapai setelah pelaksanaan Brigade Siaga	
Bencana	74
4.2.5.1. Intervensi Pelayanan Kesehatan Oleh	
Brigade Siaga Bencana	74
4.2.5.2. Penghargaan Yang Dicapai.....	81

4.2.6. Tanggapan Mengenai Pembentukan dan Pelaksanaan Brigade Siaga Bencana	82
4.2.7. Prasyarat Replikasi Brigade Siaga Bencana.....	84
4.3.Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Strategi Pelaksanaan Layanan Kesehatan Bebas Retribusi di Kabupaten Bantaeng	85
4.4. Pembahasan	
4.4.1. Strategi Inovasi Layanan Kesehatan Bebas Retribusi di Kabupaten Bantaeng.....	88
4.4.2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Strategi Inovasi Layanan Kesehatan Bebas Retribusi di Kabupaten Bantaeng	94
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	97
5.2. Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	100
Lampiran	103

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	: Jumlah Penduduk Kabupaten Bantaeng	37
Tabel 4.2	: Perkembangan Jumlah Penduduk Masing-Masing Kecamatan se Kabupaten Bantaeng 2009-2014	38
Tabel 4.3	: Persentase Penduduk yang Mengalami keluhan Kesehatan Menurut jenis Kelamin	40
Tabel 4.4	: IPM Menurut Indikator di Kabupaten Bantaeng Tahun 2012-2013	42
Tabel 4.5	: Hasil Survey Status Kesehatan Kabupaten Bantaeng Tahun 2008-2009	43
Tabel 4.6	: Anggaran Brigade Siaga Bencana tahun 2010-2013...	59
Tabel 4.7	: Status Kesehatan Masyarakat Kabupaten Bantaeng....	75
Tabel 4.8	: Jumlah Pasien Melahirkan di Atas Mobil BSB Desember 2009-Mei 2015	76
Tabel 4.9	: 10 Jenis Penyakit yang Telah Ditangani Brigade Siaga Bencana Kesehatan Kabupaten Bantaeng Januari 2015- Desember 2015.....	77
Tabel 4.10	: Jenis Pelayanan yang Telah Diberikan Brigade Siaga Bencana Kesehatan Kabupaten Bantaeng Januari 2015-Desember 2015	78

Tabel 4.11	: Tindakan Triase Pra Rujukan yang Dilakukan Brigade Siaga Bencana	79
Tabel 4.12	: Jumlah pasien yang dilayani oleh Brigade Siaga Bencana Desember 2009-Mei 2015.....	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	: Kerangka Konseptual.....	8
Gambar 4.1	: Peta kabupaten Bantaeng	34
Gambar 4. 2	: Visi-Misi Brigade Siaga Bencana.....	47
Gambar 4. 3	: Struktur Organisasi Brigade Siaga Bencana	56
Gambar 4. 4	: Struktur Organisasi Emergency Service.....	57
Gambar 4. 5	: SOP Respon Time Brigade Siaga Bencana kabupaten Bantaeng	61
Gambar 4.6	: Standar Pelayanan Emergency Dasar Brigade Siaga Bencana Bantaeng.....	62

INTISARI

Muhammad Nurhaq, Nomor Pokok E12112003, Program Studi Ilmu Pemerintahan, Jurusan Ilmu Politik dan Ilmu Pemerintahan, fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin, Menyusun Skripsi dengan judul: “ANALISIS INOVASI LAYANAN KESEHATAN BEBAS RETRIBUSI DI KABUPATEN BANTAENG” dibawah bimbingan Prof.Dr. H. A. Gau Kadir, MA dan A.Lukman Irwan S.ip, M.Si.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui strategi inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng, untuk mengetahui faktor-faktor mempengaruhi pelaksanaan strategi inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng. Yang menjadi fokus penelitian ialah Layanan kesehatan bebas retribusi melalui Brigade Siaga Bencana (BSB).

Tipe penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau penjelasan tentang inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng melalui program Brigade Siaga Bencana.

Berdasarkan hasil penelitian BSB merupakan sebuah layanan kesehatan dengan sistem mobile dan sistem jemput bola pasien dengan menghubungi call center 113 atau telepon (0413-21408) beroperasi selama 24 jam secara gratis. Sistem kerja BSB ini berpatokan pada SOP respon time ± 20 menit menjangkau seluruh daerah yang ada di kabupaten Bantaeng. Secara umum faktor yang mempengaruhi pembentukan dan pelaksanaan BSB ialah pertama, unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan. Kedua unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Ketiga, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

ABSTRACT

Muhammad Nurhaq, identification number **E12112003**, Governance Studies Program, Jurusan Political Science and Public Administration, Faculty of Social and Political Sciences, University of Hasanuddin, Making Thesis entitled: "ANALYSIS OF LEVY-FREE HEALTH CARE INNOVATION IN THE DISTRICT BANTAENG" under the guidance of Prof. H. A. Gau Kadir, MA and A.Lukman Irwan S. Ip, M.Sc.

This study aims to find an innovation strategy free health services in the district levy Bantaeng, to determine the factors affecting the implementation of the innovation strategy levy free health services in the district Bantaeng. Which is the focus of the research was the free health services levy through the Disaster Preparedness Brigade (BSB). This type of research is descriptive qualitative a study that aims to provide a description or explanation of the levy-free health care innovation in Bantaeng through Disaster Preparedness Brigade program.

Based on the research results BSB is a health care system with mobile and proactive system of the patient by contacting the call center 113 or telephone (0413-21408) operates 24 hours free of charge. BSB working system is based on the SOP response time \pm 20 minutes to reach all areas in the district Bantaeng. In general, the factors affecting the formation and implementation of BSB is the first, the input element includes medical personnel, funds and facilities available as needed. Both environmental elements include policies, organization and management. Third, elements of the process include medical treatment and non-medical measures appropriate professional standards that have been set.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pemerintah memiliki peranan untuk melaksanakan fungsi pelayanan dan pengaturan warga negara. Untuk mengimplementasikan fungsi tersebut pemerintah melakukan aktivitas pelayanan, pengaturan, pembinaan, koordinasi dan pembangunan dalam berbagai bidang. Pelayanan yang disediakan pada berbagai lembaga institusi pemerintah dengan aparat sebagai pemberi pelayanan langsung kepada masyarakat. Kehidupan masyarakat yang semakin kompleks menuntut adanya suatu pelayanan yang berkualitas, yang mana dalam hal ini pemerintah sebagai penyedia harus lebih intensif didalam memperhatikan pelayanan tersebut karena di berbagai kesempatan pemerintah senantiasa menjanjikan pelayanan yang memuaskan kepada masyarakat.

Para ahli tentang pemerintahan memberikan kesimpulan bahwa melalui desentralisasi tugas-tugas pemerintahan dan pembangunan akan dapat memperoleh manfaat sebagai berikut:

1. Efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas pemerintahan
2. Memungkinkan melakukan inovasi
3. Meningkatkan motivasi moral, komitmen, dan produktivitas.

Berangkat dari kesadaran tersebut, pemerintah di Indonesia selalu berupaya untuk memberikan yang terbaik kepada rakyat Indonesia. Dalam rangka mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan dan amanat Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 ayat 1 dimana dinyatakan bahwa : “salah satu hak dasar rakyat adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan” dan Undang-undang nomor 36 tahun 2009, tentang kesehatan.

Sebagai sebuah daerah otonom kabupaten Bantaeng, pemerintah daerahnya membuat sebuah peraturan dengan berlandaskan peraturan yang ada di atasnya. Pemerintah daerah kabupaten Bantaeng membuat Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2008 , tentang pemberian pelayanan kesehatan yang bebas retribusi di kabupaten Bantaeng. Salah satu program layanan kesehatan yang akan menjadi titik pembahasan ialah Brigade Siaga Bencana, pemerintah mengeluarkan SK Bupati terkait kelembagaan Tim Emergency Service yang di dalamnya terdapat Brigade Siaga Bencana (BSB).

Hal yang menjadi dasar program Brigade Siaga Bencana ini di bentuk karena belum terelealisasinya secara maksimal program pelayanan kesehatan gratis, meskipun telah disiapkan layanan kesehatan mulai dari desa hingga kabupaten secara gratis masih terdapat kekurangan terutama menangani kasus darurat yang dialami masyarakat terutama di pedesaan yang jauh dari pusat layanan kesehatan. Selain itu juga terkendala oleh keterampilan yang dimiliki tenaga kesehatan di tingkat desa dan sulitnya

transportasi untuk rujukan. Untuk mengatasi hal tersebut pemerintah daerah menemukan sebuah inovasi melalui program Brigade Siaga Bencana.

Program Brigade Siaga Bencana (BSB) merupakan konsep menangani situasi krisis dengan basic emergency dan komunitas. Sifat emergency berarti konsep layanan tersebut mengutamakan cepat siaga. Sedangkan komunitas untuk memberi arti bahwa layanan tersebut diperuntukan bagi masyarakat. Terbentuk pada 7 Desember 2009 yang bertepatan dengan hari ulang tahun kabupaten Bantaeng ke 755, BSB bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang terdepan dan tercepat atas setiap bencana atau musibah yang menimpa masyarakat. Keberadaan BSB ini diperlukan sebagai upaya kesiap-siagaan dalam penanggulangan setiap bencana atau musibah terutama bagi korban yang membutuhkan pertolongan yang cepat namun jauh dari jangkauan dokter maupun terkendala sarana transportasi karena tidak memiliki kendaraan.

Dalam pengertian umum Brigade Siaga Bencana untuk merespon kejadian bencana di suatu wilayah. Keberadaannya terdapat di berbagai daerah sebagai *crisis center* terutama dalam menghadapi bencana. Tetapi saat kondisi sakit dan musibah bisa dianggap sebagai keadaan darurat. Misalnya: persalinan, kebakaran, kecelakaan dan kondisi darurat lain. Sehingga fungsi BSB masuk dalam isu-isu pelayanan dasar kesehatan masyarakat. Pihak Dinas Sosial, Dinas Kesehatan dan Bappedalda adalah unit pemerintah yang dilibatkan dalam memulai inisiasi. Seperti ide awalnya

mengenai pembentukan emergency service, pelayanan tersebut perlu melibatkan banyak elemen pemerintah. Dalam emergency tersebut membawahi beberapa wilayah kerja dari tiga unit satuan kerja. Dibawah pelayanan emergency service terdapat BSB, tagana, SAR, PMI, Orari dan Damkar (pemadam kebakaran).

Dalam hal ini, pemerintah daerah mengeluarkan SK Bupati terkait kelembagaan Tim Emergency Service (TES). BSB berada pada salah satu bagiannya. Koordinator BSB merupakan pelaksana operasional yang mengorganisir kegiatan pelayanan agar berlangsung.

Berdasarkan hasil observasi dan bacaan mengenai program Brigade Siaga Bencana di Kabupaten Bantaeng penulis melihat pemerintah Kabupaten Bantaeng telah menyikapi dan melihat kebutuhan riil masyarakat dalam penerimaan pelayanan kesehatan. Dengan membandingkan capaian indikator status kesehatan kurun waktu 5 (lima) tahun, yaitu sejak tahun 2005 sampai dengan tahun 2009 terlihat angka kematian ibu melahirkan dan angka kematian kasar tetap menduduki posisi teratas. Penurunan angka kematian Ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan tantangan yang lebih sulit dicapai. Oleh karena itu, upaya penurunan angka kematian Ibu tidak dapat dilakukan dengan intervensi biasa, diperlukan inovasi dalam mengatasi masalah tersebut di atas. Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian sehingga memilih judul “**Analisis Inovasi layanan Kesehatan Bebas Retribusi Di Kabupaten Bantaeng**”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka permasalahan yang menjadi fokus perhatian adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana strategi inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng ?
2. Faktor-faktor apa yang mempengaruhi pelaksanaan strategi inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng?

1.3. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini berdasarkan rumusan masalah yang telah di tetapkan adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui strategi inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng.
2. Untuk mengetahui faktor-faktor mempengaruhi pelaksanaan strategi inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

1. Kontribusi pemikiran ilmiah dalam melengkapi kajian yang mengarah pada pengembangan ilmu pengetahuan terutama ilmu pemerintahan.
2. Bahan referensi bagi para peneliti lainnya yang berminat mengkaji tentang inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng.

1.4.2. Manfaat Praktis

Bahan informasi atau masukan (input) bagi pihak pemerintah kabupaten Bantaeng dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis melalui inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di kabupaten Bantaeng.

1.5. Kerangka konseptual

Kerangka konseptual penelitian ini adalah gambaran tentang obyek dan fokus penelitian yang akan amati. Objek penelitian ini dilakukan di sekretariat Brigade Siaga Bencana dengan berfokus pada inovasi layanan kesehatan bebas retribusi. Acuan dasar dalam pelayanan kesehatan inovasi juga memegang peranan penting bagi terselenggaranya pelayanan kesehatan dari pemerintah kepada masyarakat untuk dapat menjadi lebih baik murah dan lebih cepat.

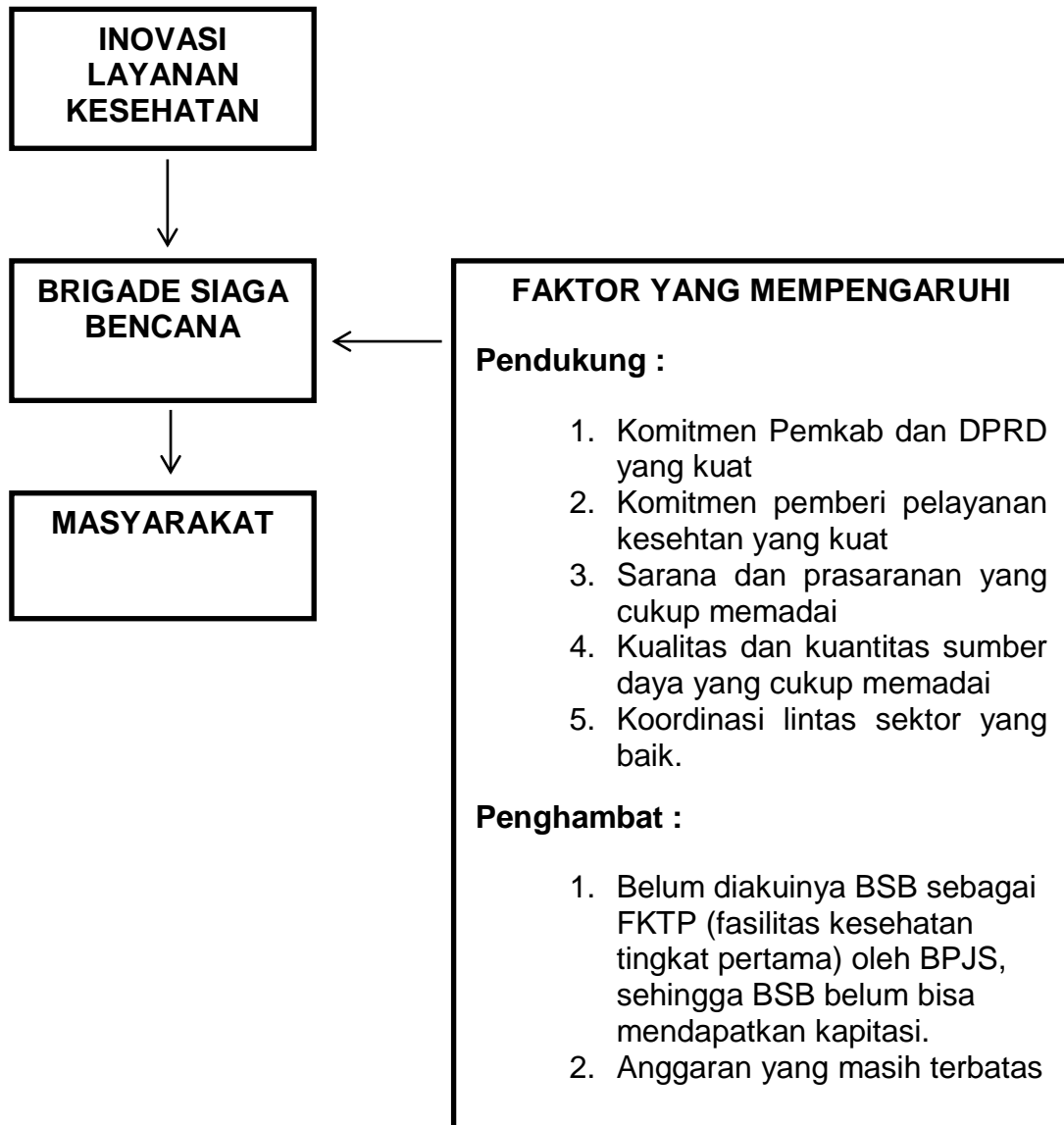
Menurut wijayanti (2008) pemerintah harus melakukan inovasi untuk mencari cara baru bagi pemecahan masalah-masalah lama, mempergunakan sumber daya secara lebih efisien dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan baru serta memperbaiki strategi dan taktik.

Menurut Levey dan Loomba (1971) mengatakan bahwa pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Tiga faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan menurut azwar (1996). Pertama unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan. Kedua unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Ketiga, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

Kenyataan yang ditemukan dalam pelaksanaan inovasi layanan kesehatan bebas retribusi melalui program brigade siaga bencana ini membawa banyak perubahan dan mengatasi permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat. Tentunya dalam pelaksanaan program Brigade Siaga Bencana ini disebabkan oleh beberapa faktor pendorong dan penghambat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal terhadap masyarakat. Lebih jelasnya ditunjukkan kerangka konseptual di bawah ini:

Gambar 1.1 Kerangka Konseptual



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Inovasi

Konsep inovasi sendiri sebenarnya juga merupakan istilah yang relatif baru apabila diukur dari perjalanan sejarah peradaban manusia. Istilah ini berasal dari bahasa latin *innovare* yang berarti berubah sesuatu menjadi baru. Istilah inovasi (*innovation dan inovate*) sendiri baru mulai dikenal dalam kosa kata bahasa Inggris pada abad ke-16. Hanya saja pada masa itu, istilah inovasi lebih banyak diasosiasikan secara negatif sebagai *trouble maker* serta lebih identik dengan nuansa revolusi atau perubahan radikal yang membawa dampak yang sangat luar biasa, terutama terhadap keamanan sosial politik serta dianggap mengancam struktur kekuasaan. Sehingga rezim kekuasaan dan politik, serta otoritas keagamaan pada masa itu cenderung menolak segala hal yang berbau inovasi. Adapun istilah *innovative* sendiri mulai luas dipergunakan banyak orang sejak abad ke-17, atau sekitar 100 tahun kemudian.

Barulah kemudian sekitar 300 tahun kemudian, pengertian inovasi perlahan mengalami pergeseran makna menjadi lebih positif. Inovasi juga dipahami sebagai “*creating of something new*” atau penciptaan sesuatu yang baru. Istilah inovasi menemukan pengertian modernnya untuk pertama kali (oxford English Dictionary edisi tahun 1939 dalam Yogi Suwarno, 2008) yaitu: “*the act of introducing a new product into market*”. Dalam hal ini inovasi

dipahami sebagai proses penciptaan produk (barang atau jasa) baru, pengenalan metode atau ide baru atau penciptaan perubahan atau perbaikan yang incremental.

Dalam terminologi umum, menurut Sangkala dalam bukunya UN 2014:26, mengemukakan :

“Inovasi adalah suatu ide kreatif dimana diimplementasikan untuk menyelesaikan tekanan dari suatu masalah atau tindakan penerimaan dan pengimplementasian cara baru untuk mencapai suatu hasil dan atau pelaksanaan suatu pekerjaan”.

Dalam literatur modern, ada berbagai pengertian yang beragam dan perspektif yang mencoba memaknainya. Inovasi adalah kegiatan yang meliputi seluruh proses menciptakan dan menawarkan jasa atau barang baik yang sifatnya baru lebih baik atau lebih murah dibandingkan dengan yang tersedia sebelumnya. Pengertian ini menekankan pemahaman inovasi sebagai sebuah kegiatan (proses) penemuan (*invention*). Inovasi adalah ide baru, cara mengerjakan sesuatu yang telah diperkenalkan atau diteliti. (*Oxford Advanced Learner's Dictionary*).

Menurut Damanpour (dalam Suwarno 2008:9), dijelaskan bahwa :

“sebuah inovasi dapat berupa produk atau jasa yang baru, teknologi proses produksi yang baru, sistem struktur dan administrasi baru atau rencana baru bagi anggota organisasi”.

Menurut Rogers (dalam Suwarno 2008:9), salah satu penulis buku

inovasi terkemuka, menjelaskan bahwa :

“an innovation is an idea, practice, or object that is perceived as new by individual or other unit of adopter. Jadi inovasi adalah sebuah ide,

praktik, atau objek yang dianggap baru oleh individu satu unit adopsi lainnya”.

Menurut Koch (dalam Sangkala, 2014:26) mengatakan bahwa :

“inovasi adalah persoalan penggunaan hasil pembelajaran yaitu penggunaan kompetensi anda sebagai dasar penemuan cara baru dalam melakukan sesuatu yang memperbaiki kualitas dan efisiensi layanan yang disediakan”.

Dalam pelayanan kesehatan inovasi juga memegang peranan penting bagi terselenggaranya pelayanan kesehatan dari pemerintah kepada masyarakat untuk dapat menjadi better (lebih baik), cheaper (lebih murah) dan faster (lebih cepat).

Menurut Wijayanti pemerintah harus melakukan inovasi untuk mencari cara baru bagi pemecahan masalah-masalah lama, mempergunakan sumber daya secara lebih efisien dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan baru serta memperbaiki strategi dan taktik. Sejauh ini telah banyak pemerintah daerah melakukan berbagai inovasi yang dihasilkan oleh pemerintah daerah dalam pelayanan kesehatan juga membuktikan keseriusan pemda dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sebab menciptakan inovasi tidaklah mudah, membutuhkan kemauan yang kuat dari pemerintah untuk dapat mengkreasinya sebab dengan adanya inovasi pelayanan kesehatan dimungkinkan dapat merugikan pihak-pihak yang selama ini berbuat curang dalam penyelenggaraan pelayanan akan memutus rantai penyalahgunaan wewenang.

Menurut Osborne dan Brown mengungkapkan bahwa :

“innovation is a introduction of newness into a system usually, but not always, in relative terms and by the application (and occasionally invention) of a new idea. This produces a procces of transformation that brings about a discontinuity in terms of the subject it self (such as a product or service) and/or its environment (such as an organization, market or a community)”. Menurut Osborne inovasi merupakan pengenalan sesuatu yang baru ke dalam sebuah sistem, akan tetapi tidak selalu seperti itu, dalam keadaan tertentu dan dengan aplikasi (sering kali invensi) dari sebuah ide baru. Inovasi tersebut menghasilkan sebuah proses transformasi yang membawa sesuatu yang terputus dari subjeknya (seperti produk atau layanan) dan lingkungannya (seperti organisasi, pasar atau komunitas).

Inovasi merupakan upaya menambahkan suatu yang baru dalam sistem-sistem yang sudah ada, jadi inovasi dipastikan berbeda dengan invensi atau penemuan baru, terminologi inovasi juga menunjukkan bahwa setiap upaya yang dilakukan tidak akan merubah total suatu sistem yang sudah ada tetapi hanya menambahkan hal-hal yang baru kepada sub-bagian sistem yang ada untuk di upgrade menjadi lebih baik. Dalam pelayanan kesehatan maka inovasi yang dilakukan dapat terjadi di seluruh sub-sistem yang ada yang terkait dengan sistem pelayanan kesehatan, jadi inovasi mensyaratkan kondisi yang baik pada nilai-nilai organisasi yang tengah melakukan inovasi karena inovasi juga menciptakan hasil dari segala tindakan positif untuk menciptakan daya saing. Dalam inovasi pelayanan kesehatan pasti menggunakan pendekatan baru lebih baik dari pada yang sebelumnya, konsep-konsep baru dikembangkan dalam pelayanan kesehatan misalnya kemitraan dalam pelayanan kesehatan, penggunaan

teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan, serta berbagai terobosan lainnya.

Mulgan dan Albury menyebutkan beberapa alasan mengapa sektor publik harus melakukan inovasi, yaitu:

- 1) untuk merespon secara lebih efektif perubahan dalam kebutuhan dan ekspektasi publik yang terus meningkat
- 2) untuk memasukkan unsur biaya dan meningkatkan efisiensi
- 3) untuk memperbaiki penyelenggaraan pelayanan publik, termasuk di bagian-bagian yang pada masa lalu hanya mengalami sedikit kemajuan
- 4) untuk mengkapitalisasi penggunaan ICT secara penuh, hal ini dikarenakan penggunaan ICT telah terbukti meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam penyelenggaraan pelayanan.

2.2. Pengertian Kesehatan

Menurut Undang-undang RI. No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan:

“Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup secara produktif secara sosial dan ekonomi”.

Menurut WHO, kesehatan adalah kondisi dinamis meliputi kesehatan jasmani, rohani, sosial, dan tidak hanya terbebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan. Dikatakan sehat secara fisik adalah orang tersebut tidak memiliki gangguan apapun secara klinis. Fungsi organ tubuhnya berfungsi

secara baik, dan dia memang tidak sakit. Sehat secara mental/psikis adalah sehatnya pikiran, emosional, maupun spiritual dari seseorang.

Menurut Prof Winslow dari Universitas Yale (*leavel and Clark, 1958*), mengemukakan :

“ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, control infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek social, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya”.

2.3. Konsep Pelayanan Kesehatan

Definisi pelayanan kesehatan cukup beragam pendapat dari pakar. Salah satunya yang disampaikan oleh Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut Levey dan Loomba (1971) mengatakan bahwa pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Secara umum yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga ataupun masyarakat (Asrul Aswar, 1996).

Tiga faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996). Pertama, unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan. Kedua unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Ketiga, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

Menurut model Mc Garthy dalam Saifuddin (2005), akses terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh lokasi dan kondisi geografis, jenis pelayanan yang tersedia, kualitas pelayanan, transportasi dan akses terhadap informasi.

Sekalipun bentuk pelayanan kesehatan banyak macamnya namun jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut, jika dijabarkan dari pendapat Hodggets dan Cascio (1983) adalah :

- 1) Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practic*) atau secara bersama-sama

dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*pubic health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasaran terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Selain itu terkait ruang lingkup pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh yang meliputi pelayanan sebagai berikut:

- a. Kuratif (pengobatan)
- b. Preventif (upaya Pencegahan)
- c. Promotif (peningkatan kesehatan)
- d. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

Manajemen pelayanan kesehatan sangat berpengaruh sehingga tujuan dari manajemen pelayanan kesehatan adalah untuk memperoleh sumber daya, efektivitas, dan mengelola keperawatan, efisiensi, kualitas, dan peningkatan kesehatan.

Kualitas pelayanan adalah suatu hasil yang diciptakan melalui aktivitas dalam keterkaitan di antara pemasok dan pelanggan melalui aktivitas internal pemasok, untuk memenuhi kebutuhan pelanggan (Gaspersz, 1997:124).

Berdasarkan definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan merupakan suatu kegiatan yang mengakibatkan adanya interaksi antara produsen dengan konsumen dan hasil interaksi tersebut bersifat tidak berwujud dan tidak terjadi pemindahan hak milik.

Pelayanan merupakan kinerja yang tidak berwujud, tidak tahan lama, cepat hilang, dapat dirasakan dari pada dimiliki dan hanya terjadi pada saat waktu bersamaan antara penyedia layanan dengan konsumennya.

a. Karakteristik Pelayanan

Pelayanan memiliki empat karakteristik utama yang sangat mempengaruhi rancangan program pemasaran seperti yang diungkapkan oleh Kolter dan Armstrong (2002:376), yaitu:

1). Tidak berwujudnya pelayanan (*service intangibility*)

Pelayanan tidak dapat dilihat, dicapai, dirasakan, didengar, atau dicium sebelum dibeli.

2). Ketidak terpisahan pelayanan (*service Inseparability*)

Pelayanan tidak dapat dipisahkan dari penyediannya, apakah penyediannya orang atau mesin. Karena pelanggan turut hadir saat pelayanan itu diproduksi, interaksi penyedia pelayanan

konsumen adalah sifat khusus dari pemasaran. Baik penyedia pelayanan maupun konsumen akan mempengaruhi hasil pelayanan.

b. Keragaman Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan tergantung pada siapa yang menyediakan jasa, waktu, tempat dan bagaimana cara mereka disediakan.

c. Dimensi Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan adalah suatu hasil yang diciptakan melalui aktivitas dalam keterkaitan di antara pemasok dan pelanggan dan melalui aktivitas internal pemasok, untuk memenuhi kebutuhan pelanggan (Gaspersz, 2002:124).

Kualitas pelayanan merupakan perbandingan antara pelayanan yang dirasakan (dipersepsikan) pelanggan dengan kualitas pelayanan yang mereka harapkan. Jika pelayanan yang dirasakan pelanggan sama dengan kualitas yang diharapkan, maka pelayanan tersebut dikatakan berkualitas jika diukur dengan rasio kualitas pelayanan yang dirasakan dengan kualitas pelayanan yang diharapkan. Kualitas pelayanan dikatakan memuaskan jika rasionya satu, kualitas pelayanan dikatakan berkualitas jika rasionya lebih dari satu.

Terdapat beberapa atribut atau faktor yang digunakan dalam mengevaluasi pelayanan yang bersifat *intangible* (tak teraba) menurut Tjiptono (1997:26) yaitu:

- a. Keandalan (*reliability*) yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang di janjikan dengan segera, akurat dan memuaskan
- b. Ketanggapan (*Responsiveness*), yaitu keinginan atau kepedulian para staf dan karyawan untuk membantu para pasien dan memberikan pelayanan dengan tanggap
- c. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya, bebas dari bahaya, resiko atau keraguan.

Beberapa dimensi atau atribut yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan seperti yang dikemukakan Gaspersz, dikutip Wahyudi (2004:14) adalah:

- a. Ketetapan waktu pelayanan, hal-hal yang berkaitan di sini berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses
- b. Akurasi pelayanan, hal ini berkaitan dengan *reliabilitas* pelayanan dan bebas kesalahan
- c. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan, terutama bagi mereka yang berinteraksi langsung dengan pasien seperti petugas loket, perawat, apoteker dan lain-lain
- d. Tanggung jawab, hal ini berkaitan dengan penerimaan pesanan dan penanganan keluhan dari pasien

- e. Kelengkapan, menyangkut lingkup pelayanan dan ketersediaan sarana pendukung
- f. Kemudahan mendapatkan pelayanan, berkaitan dengan banyaknya petugas yang melayani dan banyaknya fasilitas pendukung
- g. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan kemudahan menjangkau lokasi, ruangan tempat pelayanan yang bersih, tersedianya tempat parkir, ketersediaan informasi, petunjuk-petunjuk dan bentuk-bentuk lain.

2.4. Pengertian Pelayanan Kesehatan Gratis

Kesehatan gratis adalah salah satu program yang dicanangkan oleh pemerintah daerah provinsi dan pemerintah Daerah/Kabupaten guna membebaskan atau meringankan biaya kesehatan bagi penderita penyakit di Sulawesi Selatan.

Departemen kesehatan mempersiapkan rancangan undang-undang SKN (Sistem Kesehatan Nasional). RUU ini akan menjadi acuan bagi peraturan kesehatan di Indonesia. Sebelumnya, SKN yang lama yaitu UU no 23 tahun 1992 “tetapi untuk lebih menyempurnakan, maka dibuatlah UU SKN yang baru, kata menteri kesehatan Achmad Sujudi, dalam jumpa persnya di kantornya, Kamis (31/7/2012).

SKN ini merupakan acuan bagi upaya-upaya peningkatan kesehatan yang nantinya akan ada UU kesehatan lain yang mengacu pada UU SKN

baru. Peran masyarakat dalam SKN meliputi 3 hal yaitu: ikut memberikan pelayanan kesehatan, ikut memberikan advokasi untuk kesehatan, ikut mengawasi pelayanan kesehatan masyarakat dengan menggunakan potensi yang dimilikinya. Kemudian mengenai masalah sumber daya kesehatan dan selanjutnya adalah soal manajemen SKN. Diharapkan pembangunan kesehatan dapat terlaksana dengan baik sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pengertian mutu tidak sama bagi setiap orang, tergantung dari cara memandang dan selera seseorang. Mutu adalah suatu perkataan yang sudah lazim digunakan, baik oleh lingkungan akademis ataupun dalam kehidupan sehari-hari, yang artinya secara umum dapat dirasakan dan dipahami oleh siapapun, namun mutu sebagai konsep atau pengertian, belum banyak dipahami orang dan kenyataannya pengertian mutu itu sendiri tidak sama bagi setiap orang (pohan,2003).

Menurut Milton dan Mantoya yang di kutip oleh Wijono (2000,33) tentang mutu pelayanan kesehatan,menjelaskan bahwa:

“penampilan yang pantasatau sesuai (yang berhubungan dengan standar-standar) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan dampak pada kematian, kesakitan, ketidak mampuan, dan kekurangan gizi.”

Sedangkan menurut Donabedian yang dikutip oleh Wijono (2008,38) mengatakan bahwa :

“mutu pelayanan kesehatan adalah hasil akhir (*outcome*) dari interaksi dan ketergantungan antara berbagai aspek, komponen, atau unsur organisasi pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem”.

2.5. Jenis Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Jaringannya

Pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk kota di puskesmas dan jaringannya dibebaskan dari biaya pelayanan meliputi:

1. Kegiatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) yang dilaksanakan dalam gedung meliputi pelayanan :
 - 1) Pendaftaran
 - 2) Pemeriksaan dan konsultasi kesehatan
 - 3) Pelayanan pengobatan dasar, umum dan gigi
 - 4) Tindakan medis sederhana
 - 5) Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk pemeriksaan ibu hamil dan ibu Nifas (memanfaatkan Jampersal)
 - 6) Imunisasi
 - 7) Pelayanan KB
 - 8) Pelayanan Laboratorium sederhana dan penunjang lainnya
2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan dipuskesmas perawatan, meliputi pelayanan :
 - 1) Pelayanan perawatan pasien

- 2) Persalinan normal dan perawatan nifas (memanfaatkan jampersal)
 - 3) Tindakan medis yang dibutuhkan
 - 4) Pemberian obat-obatan formularium (generik)
 - 5) Pemeriksaan laboratorium dan penunjang medis lainnya
 - 6) Perawatan perbaikan gizi buruk.
3. Pelayanan gawat darurat (emergency) merupakan bagian kegiatan puskesmas termasuk penanganan *Obstetri-Neonatal*
 4. Pelayanan kesehatan luar gedung yang dilaksanakan oleh puskesmas dan jaringannya, meliputi kegiatan :
 - 1) Pelayanan rawat jalan melalui puskesmas keliling roda-4, pusling perairan maupun roda-2
 - 2) Pelayanan kesehatan diposyandu, polindes/ poskesdes dan poskestren
 - 3) Pelayanan kesehatan melalui kunjungan rumah bagi pasien pasca rawat inap (home care)
 - 4) Penyuluhan kesehatan
 - 5) Imunisasi
 - 6) Pelayanan ibu hamil melalui berbagai kegiatan/program
 - 7) Pelayanan Nifas
 - 8) Surveilans penyakit dan surveilans gizi
 - 9) Kegiatan sweeping

- 10) Fogging (pengasapan), pemberantasan sarang nyamuk (PSN)
- 11) Pelayanan kesehatan lainnya yang menjadi tugas dan fungsi puskesmas.

2.6. Akses Layanan Kesehatan

Menurut komite pengawasan akses layanan kesehatan Amerika. Definisi akses adalah pemanfaatan layanan kesehatan tepat waktu untuk mencapai status kesehatan yang baik, yang paling memungkinkan. Dengan demikian, akses mengandung arti layanan kesehatan tersedia kapan pun dan dimana pun diperlukan oleh masyarakat.

Akses sebagai alat ukur ekuitas layanan kesehatan dapat dilihat melalui:

1. Akses potensial indikator proses (*potensial access process indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik populasi berisiko.
2. Akses potensial indikator struktural (*potensial access structural indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik sistem layanan kesehatan yang ada.
3. Akses nyata indikator objektif (*realized access objective indicators*) dapat dilihat dari pemanfaatan/uitilisasi layanan kesehatan.
4. Akses nyata indikator subjektif (*realized access subjective indicators*) dapat dilihat dari kepuasan konsumen.

Akses potensial indikator struktural mempengaruhi akses potensial indikator proses dan memengaruhi akses nyata indikator objektif, disamping

itu juga mempengaruhi akses nyata indikator objektif dan akses nyata indikator subjektif sedangkan akses nyata indikator objektif sendiri mempengaruhi akses nyata indikator subjektif.

Secara keseluruhan, variabel-variabel tersebut dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan yang ada baik dari segi organisasinya maupun dari segi keuangannya.

Akses potensial indikator struktural menggambarkan tiga hal, yaitu:

1. Karakteristik sistem layanan kesehatan

Karakteristik sistem layanan kesehatan yang ada bisa dilihat dari segi kepemilikannya dan jenis layanan kesehatan. Kepemilikan sarana layanan kesehatan secara garis besar terbagi dalam dua kelompok yaitu:

- a. Layanan kesehatan milik pemerintah, dan
- b. Layanan kesehatan milik swasta termasuk praktik perorangan.

Jenis layanan kesehatan jika dikelompokkan berdasarkan tingkat layanan kesehatan yang diberikan yaitu:

- a. Layanan kesehatan pertama/dasar (puskesmas, balai pengobatan, praktik pribadi, dan lain-lain);
- b. Layanan kesehatan lanjut tingkat I (rujukan rumah sakit tipe C);
dan

- c. Layanan kesehatan lanjut tingkat II (rujukan rumah sakit tipe B, rumah sakit tipe A).

2. Ketersediaan Layanan Kesehatan

Ketersediaan sistem layanan kesehatan dapat diukur dari volume atau jumlah dan distribusi penyedia layanan kesehatan. Volume dapat dilihat dari jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan yang ada di wilayah tersebut antara lain:

- a. Jumlah dokter
- b. Jumlah dokter gigi
- c. Jumlah tenaga kesehatan lainnya
- d. Jumlah rumah sakit, puskesmas, dan
- e. Jumlah tempat tidur rawat inap

Sedangkan distribusi lebih banyak dilihat dari sudut rasionya, yaitu perbandingan jumlah penduduk dengan tenaga kesehatan atau fasilitas layanan kesehatan yang ada misalnya:

- a. Ratio dokter per 1000 penduduk
- b. Ratio sarana layanan kesehatan per 1000 penduduk.

3. Organisasi

Organisasi layanan kesehatan dapat diukur dari masukan dan struktur menurut Aday, Andersen, dan Fleming (1980). Untuk mengukur masukan dapat dilihat dari:

- a. Ketersediaan layanan kesehatan di malam hari, akhir pekan, emergensi, dan di luar hari-hari kerja biasa;
- b. Ketersediaan alat transportasi, kelancaran transportasi, dan jenis jalan menuju tempat layanan kesehatan tersebut;
- c. Waktu perjalanan yang diperlukan untuk mencapai tempat layanan kesehatan dari rumah kelompok berisiko;
- d. Tempat domisili atau tempat tinggal di wilayah yang tidak mempunyai sarana layanan kesehatan.

Untuk mengukur struktur layanan kesehatan antara lain dapat dilihat dari:

- a. Tipe dokter atau petugas kesehatan lainnya yang ada ditempat tersebut;
- b. Bentuk praktik petugas kesehatan berupa group atau individu sebagai praktik swasta;
- c. Lokasi sarana layanan kesehatan atau tempat praktik swasta dari tenaga kesehatan dan
- d. Tipe pihak ketiga yang bekerja sama sebagai badan asuransi kesehatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian berlokasi di Kabupaten Bantaeng dengan fokus penelitian sekretariat Brigade Siaga Bencana yang terletak di jalan Pahlawan No 55 Bantaeng, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng serta dua Kecamatan yaitu Kecamatan Bissappu dan Kecamatan Bantaeng. Lokasi penelitian di ambil dengan asumsi bahwa daerah tersebut berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan untuk mendapatkan informasi dan data. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Februari – Maret 2016.

3.2. Tipe dan Dasar Penelitian

3.2.1. Tipe Penelitian

Tipe penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau penjelasan tentang inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng melalui program Brigade Siaga Bencana.

3.2.2. Dasar Penelitian

Dasar penelitian adalah survei untuk memperoleh data tentang berbagai fenomena yang berhubungan dengan inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng melalui program Brigade Siaga Bencana sehingga mendapatkan data yang objektif dalam rangka

mengantisipasi masalah yang menyangkut tentang pelaksanaan program Brigade Siaga Bencana.

3.3. Objek Penelitian dan Informan

3.3.1. Objek Penelitian

Objek penelitian adalah inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng melalui program Brigade Siaga Bencana (BSB).

3.3.2. Informan

Informan adalah orang-orang yang memiliki pemahaman atau terlibat dalam pelaksanaan tentang inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng.

Teknik penarikan sample yang digunakan adalah *Purposive Sampling*. Penelitian memilih secara selektif masyarakat/aparat yang terlibat langsung dalam pelaksanaan program maupun masyarakat yang sudah pernah menggunakan layanan kesehatan Brigade Siaga Bencana. Adapun yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah :

1. Bupati
2. Kepala Dinas Kesehatan
3. Sekretaris Dinas Kesehatan
4. Koordinator Umum Brigade Siaga Bencana (BSB)
5. Tim Medis (Dokter) BSB = 1 orang
6. Tokoh Masyarakat = 1 orang
7. Masyarakat :

1) Kecamatan Bissappu:

kelurahan Bonto Jaya = 1 orang

Kelurahan Bonto Sunggu = 1 orang

2) Kecamatan Bantaeng:

Kelurahan Tappanjeng = 1 orang

Kelurahan Pallantikang = 1 orang

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan usaha mengumpulkan bahan-bahan yang berhubungan dengan penelitian yang dapat berupa fakta, data dan informasi yang sifatnya *valid* (sebenarnya), *reliable* (dapat dipercaya) dan objektif (sesuai dengan kenyataan).

Data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi data primer dan data sekunder :

1. Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari sumber asalnya, data primer diperoleh melalui :
 - a. Observasi yaitu pengumpulan data dalam kegiatan penelitian yang dilakukan dengan mengamati kondisi yang berkaitan dengan obyek penelitian.
 - b. Interview atau wawancara (*in dept interview*) yaitu mengadakan wawancara dengan informan yang bertujuan untuk menggali informasi yang lebih mendalam tentang berbagai aspek yang berhubungan dengan permasalahan penelitian.

2. Data sekunder adalah data yang telah diolah sebelumnya yang diperoleh dari studi kepustakaan, maupun dokumentasi. Adapun data sekunder diperoleh melalui :
 - a. Studi pustaka, yaitu bersumber dari hasil bacaan literature atau buku-buku atau data terkait dengan topik penelitian. Ditambah penelusuran data online, dengan pencarian data melalui fasilitas internet.
 - b. Dokumentasi, yaitu arsip-arsip, laporan tertulis atau daftar inventaris yang diperoleh terkait dengan penelitian yang dilakukan. Menurut Arikunto, dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variable yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, legger, agenda dan sebagainya.

3.5. Analisis Data

Dalam penelitian jenis deskriptif, peneliti akan menggunakan teknik analisa kualitatif yakni data yang diperoleh akan dianalisis yang disajikan dalam bentuk kata-kata lisan maupun tertulis yang ditunjang dengan data sekunder (studi pustaka dan dokumentasi). Teknik ini bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis fakta-fakta dan data-data yang diperoleh.

3.6. Definisi Operasional

Untuk memberi suatu pemahaman, agar memudahkan penelitian, maka perlu adanya beberapa batasan penelitian dan fokus penelitian ini yang di operasionalkan melalui indikator sebagai berikut :

1. Inovasi merupakan upaya menambahkan suatu yang baru dalam sistem-sistem yang sudah ada, jadi inovasi dipastikan berbeda dengan invensi atau penemuan baru, terminologi inovasi juga menunjukkan bahwa setiap upaya yang dilakukan tidak akan merubah total suatu sistem yang sudah ada tetapi hanya menambahkan hal-hal yang baru kepada sub-bagian sistem yang ada untuk di upgrade menjadi lebih baik.
2. Secara umum yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang di selenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok keluarga ataupun masyarakat.
3. Inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng yang dimaksud ialah program Brigade Siaga Bencana (BSB). BSB merupakan sebuah konsep layanan kesehatan menangani situasi krisis dengan basic emergency dan komunitas. Sifat emergency berarti bahwa konsep layanan tersebut mengutamakan cepat

siaga. Sedangkan komunitas untuk memberi arti bahwa layanan tersebut diperuntukkan bagi masyarakat.

4. Brigade siaga bencana merupakan bagian dari Tim Emergency Service yang lokasinya Jln Pahlawan No 55 Kabupaten Bantaeng.
5. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program brigade siaga bencana ialah Pertama, unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan. Kedua unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Ketiga, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan (Azwar 1996).

Kabupaten Bantaeng dikenal dengan sebutan “Butta Toa” terletak di Provinsi Sulawesi Selatan. Kabupaten ini mempunyai luas wilayah 395,83 km. Terdiri atas 8 (delapan) kecamatan, 67 Desa dan Kelurahan, 502 Rukun Warga (RW) dan 1.108 Rukun Tetangga (RT).

Kedelapan kecamatan tersebut adalah Kecamatan Bissappu, Kecamatan Bantaeng, Kecamatan Eremerasa, Kecamatan Tompobulu, Kecamatan Tompobulu, Kecamatan Pajukukan, Kecamatan Uluere, Kecamatan Gantarangkeke dan Kecamatan Sinoa. Kecamatan Tompobulu merupakan kecamatan terbesar dengan luas wilayah 76,99 km atau 19,45 persen dari luas Kabupaten Bantaeng, sedangkan kecamatan dengan luas wilayah terkecil yaitu 28,85 km.

4.1.1. Karakteristik Lokasi dan Wilayah

Kabupaten Bantaeng secara geografis terletak \pm 120 km arah selatan Makassar, ibukota Provinsi Sulawesi Selatan dengan posisi 5°21'13"-5°35'27" Bujur Timur.

Kabupaten Bantaeng terletak di daerah pantai yang memanjang pada bagian barat ke timur kota yang salah satunya berpotensi untuk perikanan, dan wilayah daratannya mulai dari tepi laut Flores sampai ke pegunungan sekitar Gunung Lompobattang dengan ketinggian tempat dari permukaan laut 0-25 m sampai dengan ketinggian lebih dari 1.000 m di atas permukaan laut.

Kabupaten Bantaeng dengan ketinggian antara 100-500 m dari permukaan laut merupakan wilayah yang terluas atau 29,6 persen dari luas wilayah seluruhnya, dan terkecil adalah wilayah dengan ketinggian 0-25 m atau hanya 10,3 persen dari luas wilayah.

Kabupaten Bantaeng terletak di bagian selatan Provinsi Sulawesi Selatan yang berbatasan dengan:

- a. Sebelah Utara : Kabupaten Gowa dan Kabupaten Bulukumba
- b. Sebelah Timur : Kabupaten Bulukumba
- c. Sebelah Selatan : Laut Flores
- d. Sebelah Barat : Kabupaten Jeneponto.

4.1.2. Keadaan Iklim

Letak geografis Kabupaten Bantaeng yang strategis memiliki alam tiga dimensi, yakni bukit pengunungan, lembah daratan dan pesisir pantai, dengan dua musim. Iklim di daerah ini tergolong iklim tropis basah dengan curah hujan tahunan rata-rata setiap bulan 200 mm. Dengan adanya kedua musim tersebut sangat menguntungkan bagi sektor pertanian.

4.1.3. Demografi

Tabel 4.1 : Jumlah Penduduk kabupaten Bantaeng

Tahun	Jumlah Penduduk		Rasio Jenis Kelamin
	Laki-Laki	Perempuan	
2010	85.591	91.108	93.9
2011	86.452	92.025	94
2012	86.950	92.555	94
2013	87.413	93.593	93
2014	88.012	94.271	93

Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Bantaeng 2015

Dari tabel yang ada di atas dapat diketahui bahwa jumlah penduduk di Kabupaten Bantaeng meningkat setiap tahunnya. Jumlah penduduk Kabupaten Bantaeng menurut hasil SP2010 sebanyak 176.699 jiwa yang dimana terdiri dari laki-laki 85.591 jiwa dan perempuan 91.108 jiwa dengan rasio jenis kelamin 93.9.

Menurut SP2011 jumlah penduduk Kabupaten Bantaeng sebanyak 178.477 jiwa yang terdiri dari laki-laki 86.452 jiwa dan perempuan 92.025 jiwa dengan rasio jenis kelamin 94. Pada data SP2012 jumlah penduduk Kabupaten Bantaeng sebanyak 179.505 jiwa yang terdiri dari laki-laki 86.950 jiwa dengan perempuan 92.555 jiwa dengan rasio jenis kelamin 94.

Menurut SP2013 jumlah penduduk Kabupaten Bantaeng berkembang pesat dengan jumlah sebanyak 181.006 jiwa yang terdiri dari laki-laki 87.413 jiwa dan perempuan sebanyak 93.593 jiwa dengan rasio jenis kelamin 93.

Pada tahun 2014 jumlah penduduk yang ada di Kabupaten Bantaeng sebanyak 182.283 yang terdiri dari laki-laki 88.012 jiwa dan perempuan 94.271, dengan rasio jenis kelamin 93.

Tabel 4.2 : Perkembangan Jumlah Penduduk Masing-Masing Kecamatan Se Kabupaten Bantaeng 2009-2014

No	Kecamatan	2010	2011	2012	2013	2014
1.	Bantaeng	36.718	37.08	37.301	37.612	37.989
2.	Bissappu	30.931	31.24	31.422	31.685	32.310
3.	Tompobulu	22.913	23.14	23.277	23.473	22.903
4.	Uluere	10.814	10.92	10.986	11.077	11.315
5.	Sinoa	11.827	11.94	12.014	12.115	12.132
6.	Pa'jukukang	29.017	29.30	29.478	29.723	30.049
7.	Gantarangk eke	15.865	16.02	16.117	16.252	17.123
8.	Eremerasa	18.614	18.80	18.910	19.069	18.462
Jumlah		176.699	178.477	179.505	181.006	182.283

Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Bantaeng

4.1.4. Kesehatan

Pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Bantaeng diarahkan agar pelayanan kesehatan lebih meningkat lebih luas, lebih merata, terjangkau oleh lapisan masyarakat.

Kesehatan merupakan bagian yang terpenting dan diharapkan dapat menghasilkan derajat kesehatan yang lebih tinggi dan memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial maupun ekonomis.

Penyedia sarana pelayanan kesehatan berupa rumah sakit, puskesmas dan tenaga kesehatan semakin ditingkatkan jumlahnya sesuai dengan rencana pentahapannya, sejalan dengan itu peyediaan obat-obatan, alat kesehatan, pemberantasan penyakit menular dan peningkatan penyuluhan dibidang kesehatan.

Adapun sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Bantaeng pada tahun 2014 telah tersedia berupa rumah sakit umum sebanyak 1 buah, puskesmas/pustu/puskesmas keliling 12 buah. Jumlah dokter umum sebanyak 4 orang, bidan 60 orang, apotik 8 buah. Di Kabupaten Bantaeng jumlah tenaga kesehatan pada tahun 2014 sebanyak 125 orang.

Salah satu tujuan pembangunan, khususnya pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) adalah terciptanya kehidupan masyarakat yang sehat, beriman dan menguasai teknologi. Sehingga melahirkan generasi penerus yang beriman, cerdas dan menguasai teknologi.

Usaha pemerintah daerah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dilakukan secara optimal sesuai kemampuan daerah disamping juga meminta bantuan dari luar dan dalam negeri. Usaha tersebut telah membuahkan hasil yang dapat dirasakan oleh masyarakat sehingga akses pelayanan kesehatan dapat dirasakan sampai di wilayah pedesaan.

Tabel 4.3 : Persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan menurut jenis kelamin

Jenis Kelamin	2013	2014
Laki-laki	44,78	59,65
Perempuan	39,24	43,97
Total	42,01	57,77

Sumber : BPS kabupaten Bantaeng

Persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan di tahun 2014 sedikit meningkat dari tahun sebelumnya, baik laki-laki maupun perempuan. Secara total jumlah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sebesar 57,77 persen naik dari tahun 2013 yang persentasinya hanya 42,01 persen.

Sedangkan persentase penolong kelahiran anak dibawah lima tahun dapat dilihat bahwa semakin banyak ibu hamil yang melahirkan dengan bantuan bidan dan dokter, yaitu sebanyak 64,63 persen, 33,52 persen

dibantu oleh dukun dan kurang dari 1 persen dibantu oleh famili atau keluarga.

4.1.5. Pembangunan Manusia

Untuk mengukur keberhasilan atau kinerja pembangunan manusia di suatu wilayah atau negara saat ini yang digunakan UNDP adalah dengan menghitung Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan mulai tahun 2014 dihitung dengan menggunakan metode baru.

Komponen IPM dengan metode baru adalah Angka Harapan Hidup, pendidikan atau pengetahuan, dan standar hidup layak. Angka Harapan Hidup dihitung berdasarkan variabel rata-rata anak lahir hidup dan rata-rata anak yang masih hidup. Pengetahuan diukur dengan angka indeks rata-rata lama sekolah dan indeks harapan lama sekolah. Sedangkan indikator daya beli diukur dengan indikator rata-rata konsumsi riil yang telah disesuaikan.

IPM Bantaeng tahun 2014 mencapai 65,77 dan berada pada peringkat 16. Dengan IPM metode baru peringkat IPM Bantaeng tahun 2013 dan tahun 2014 berada pada peringkat 16 dari 24 kabupaten/kota di Sulawesi Selatan. Hal ini menggambarkan bahwa adanya keberhasilan dalam perbaikan pelayanan kesehatan, pendidikan dan daya beli masyarakat di Kabupaten Bantaeng. Berikut ini disajikan tabel :

**Tabel 4.4 : IPM Menurut Indikator di Kabupaten Bantaeng Tahun
2012-2013**

Tahun	Indikator Kesehatan	Indikator Pendidikan	Indikator Pengeluaran
2012	76,29	47,20	64,46
2013	76,39	49,24	64,62
2014	76,43	51,22	64,87

Sumber : BPS 2012-2013.

4.2. Strategi Inovasi layanan Kesehatan Bebas Retribusi di Kabupaten Bantaeng

Berdasarkan hasil penelitian mengenai inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng. Peneliti mendapatkan hasil inovasi melalui Brigade Siaga Bencana (BSB) yaitu bentuk inovasi layanan kesehatan yang diberikan dengan sistem mobile atau sistem jemput bola pasien. Berikut penjelasan mengenai hasil penelitiandan melalui Brigade Siaga Bencana.

4.2.1 Kondisi Pelayanan Kesehatan Sebelum Terbentuknya Brigade Siaga Bencana

Sebelum terbentuk Brigade Siaga Bencana hasil pembangunan khusus bidang kesehatan dengan indikator survei status kesehatan belum dapat dikatakan berhasil oleh karena angka-angka indikator tersebut belum dapat dieliminir. Berikut ini tabel hasil survei status kesehatan tahun 2008 dan tahun 2009 :

Tabel 4.5 : Hasil Survei Status Kesehatan Kabupaten Bantaeng tahun 2008 – 2009

No	Jenis Indikator	Tahun	
		2008	2009
1	Angka Kematian Ibu	17 kasus	15 kasus
2	Angka Kematian Bayi	38 kasus	64 kasus
3	Kasus Gizi Buruk	16 kasus	13 kasus

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng

Dari tabel tersebut di atas dapat disampaikan bahwa walaupun pencapaian tidak melampaui target nasional dan target provinsi, namun melihat besar dan luas wilayah serta jumlah penduduk Kabupaten Bantaeng yang merupakan kabupaten terkecil dari 23 kabupaten/kota di provinsi Sulawesi Selatan sangatlah tidak layak manakala indikator tersebut tidak dapat dieliminir. Data ini telah diolah dan diperoleh dari Brigade Siaga Bencana.

Bahwa dengan berbagai intervensi program disertai biaya baik bersumber dari APBD dan APBN, namun melalui pencapaian indikator tersebut pembangunan kesehatan belum dapat dicapai.

Kemudian peneliti melakukan pencarian data dan mendapatkan data terkait penelitian yang sebelumnya sudah dilakukan oleh pihak lain, Bantaeng merupakan daerah dengan wilayah pesisir menghadap laut Flores dan dataran tinggi di perbukitan sekitar gunung Lompobattang. Kabupaten Bantaeng dengan ketinggian antara 100-500 M dari permukaan laut merupakan wilayah yang terluas atau 29,6 persen dari luas wilayah seluruhnya. Walaupun wilayah Kabupaten Bantaeng tidak terlalu luas 395,83 km², karakter wilayah Bantaeng yang berbukit tersebut menyebabkan warga kesulitan dalam menjangkau akses-akses pelayanan publik. Apalagi yang berdomisili di pelosok desa, di ketinggian bukit-bukit, ataupun di pesisir pantai yang jauh dari pusat layanan kesehatan dan dokter. Kondisi wilayah tersebut sering menyebabkan keterlambatan penanganan kesehatan masyarakat. Keterlambatan dalam pertolongan menyebabkan kematian.

Sedangkan kondisi sarana prasarana fasilitas kesehatan Kabupaten Bantaeng sedikit baik di atas provinsi. Rasio per 10.000 penduduk antara Kabupaten Bantaeng dan Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2010 adalah 2,66: 2,54. Data diperoleh dari laporan BPS mengenai IPM Provinsi Sulawesi Selatan, sedangkan ketersediaan tenaga kesehatan Kabupaten Bantaeng masih dibawah Provinsi Sulawesi Selatan. Tampak terlihat dalam rasio

tenaga kesehatan per 10.000 penduduk 2010 antara Kabupaten Bantaeng dan Sulawesi Selatan adalah 10,47:16,47. Dengan keadaan geografis yang telah dijelaskan di paragraf sebelumnya, Kabupaten Bantaeng memiliki tantangan untuk mendekatkan layanan, sarana dan petugas kesehatan kepada masyarakat.

Belum lagi tingkat kesadaran warga terhadap pertolongan kesehatan belum mencapai angka optimum. Kesadaran masyarakat dalam mengenali suatu gejala penyakit juga menyebabkan sebuah keterlambatan penanganan. Mengingat tingkat pendidikan penduduk di kabupaten Bantaeng dengan ciri khas agraris tersebut masih sangat minim. Kaitan tingkat pendidikan dengan peningkatan kesadaran terhadap kesehatan berbanding lurus. Pada tahun 2010, Kabupaten Bantaeng memiliki indeks pendidikan yang jauh dari angka indeks provinsi yaitu 65,92: 75,92. Padahal indeks provinsi Sulawesi Selatan masih dibawah dengan indeks nasional 79,53 dan data ini diperoleh dari BPS mengenai IPM provinsi Sulawesi Selatan tahun 2010. Posisi Kabupaten Bantaeng secara sosiokultural masih bertahan dalam sistem-sistem tradisional dan paternalistik. Sistem tersebut mempengaruhi kesadaran penduduk terhadap penanganan kesehatan dan kunjungan terhadap pelayanan medis. Dengan karakteristik tersebut *stakehold*er masih sangat kuat berperan dalam menciptakan sistem pelayanan.

Tindakan darurat selalu dibutuhkan untuk pertolongan persalinan. Sehingga harus di persiapkan sarana prasarana siaga. Mekanisme

ambulance desa pernah coba dilakukan pelaksanaannya oleh komunitas desa. Program tersebut mendapat banyak kendala dalam masyarakat. Karena secara kultural terutama di pedesaan, warga masyarakat cenderung menganggap mobil yang ditumpangi orang sakit hingga meninggal akan membawa sial. Sehingga penyediaan mobil yang siaga bagi si sakit menuju pusat layanan kesehatan menjadi terlambat. Belum lagi persoalan internal di kalangan manajemen desa dalam menjaga kesepakatan intensif dengan pemilik mobil yang dijadikan ambulans. Persoalan-persoalan tersebut menuntut agar segera dicari solusinya, mengingat pertolongan persalinan membutuhkan fasilitas darurat siaga.

Sehingga kemudian kendala-kendala masyarakat dengan kultur tradisional, keadaan geografis yang susah terjangkau dan keterbatasan pelayanan kesehatan dapat dirumuskan. Perumusan kebutuhan masyarakat tersebut diwujudkan dalam inisiasi Tim Emergency Service dengan pelayanan unggulan Brigade Siaga Bencana.

4.2.2. Pembentukan Brigade Siaga Bencana



Sumber : Brigade Siaga Bencana Kabupaten bantaeng

Gambar 4.2 : Visi-Misi Brigade Siaga Bencana

Melihat kondisi kesehatan yang dialami masyarakat pemerintah kabupaten Bantaeng dalam hal ini Bupati, menginginkan adanya sebuah bentuk layanan kesehatan yang dapat mengatasi permasalahan dalam bentuk keadaan emergency maupun permasalahan kesehatan dalam bentuk non emergency. Dalam hal ini khususnya Bupati berinisiatif untuk membuat

sebuah terobosan baru dengan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan maupun melibatkan seluruh elemen dalam hal pembentukan, maupun upaya sosialisasi yang dilakukan agar masyarakat dapat mengetahui keberadaan BSB yang ada di Kabupaten Bantaeng dan menjalin mitra kerja sama dengan salah satu perusahaan di negara Jepang, untuk menyukseskan pembentukan layanan kesehatan melalui Brigade Siaga Bencana.

Selain itu didukung oleh teori inovasi yang dikemukakan oleh wijayanti (2008) pemerintah harus melakukan inovasi untuk mencari cara baru bagi pemecahan masalah-masalah lama, mempergunakan sumber daya secara lebih efisien dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan baru serta memperbaiki startegi dan taktik. Hal tersebut relevan dengan upaya yang dilakukan oleh pemerintah dengan menciptakan inovasi layanan kesehatan dengan melihat kondisi status kesehatan yang dialami oleh masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng.

Tim Brigade Siaga Bencana dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan tercepat dan terdepan dengan dukungan dokter, perawat dan bidan puskesmas. BSB ini keberadaannya sangat diperlukan untuk upaya kesiap-siagaan sampai dengan upaya penanggulangan bencana.

Brigade Siaga Bencana berfungsi sebagai sentra pelatihan yang dilengkapi dengan alat-alat peraga untuk gawatdarurat sehingga dapat mencetak banyak tenaga terampil dalam penanggulangan gawatdarurat sehingga dapat menghasilkan tim struktur gawatdarurat.

Kemudian peneliti melakukan wawancara dengan koordinator umum

Brigade Siaga Bencana :

“emergency service merupakan kado ulang tahun hari jadi Bantaeng yang ke 755 tepatnya pada tanggal 7 Desember tahun 2009. Emergency service ini merupakan suatu bentuk pelayanan yang diberikan kepada masyarakat Bantaeng dimana didalamnya terdapat atas beberapa unit pelayanan seperti Damkar pemadam kebakaran, BSB, Sar, Tagana, PMI dan orari. Pelayanan yang diberikan kepada masyarakat itu berlangsung selama 24 jam”.(koordinator BSB dr.Andi Ihsan S.ked pada tanggal 25 Februari 2016)

Selain itu, Bupati Bantaeng mengatakan bahwa :

“Hadirnya brigade siaga bencana di Kabupaten Bantaeng ini adalah wujud dari pada komitmen pemerintah untuk memberikan rasa aman bagi seluruh masyarakat, untuk saat ini memang kita tidak minta adanya bencana yang datang, tetapi kita wajib pemerintah dan seluruh masyarakat untuk siapsiaga karena mengingat daerah kabupaten Bantaeng adalah daerah yang memiliki daerah yang rawan bencana”.(Bupati H.M. Nurdin Abdullah)

Terbentuk pada tanggal 7 Desember 2009 yang bertepatan dengan hari ulang tahun Kabupaten Bantaeng yang ke 755, Brigade Siaga Bencana bertujuan untuk memberikan pelayanan yang tercepat dan terdepan atas setiap bencana atau musibah yang menimpa masyarakat. Keberadaan BSB ini di perlukan sebagai upaya kesiapsiagaan dalam penanggulangan setiap bencana atau musibah terutama bagi korban yang jauh dari jangkauan dokter maupun terkendala sarana transportasi karena tidak memiliki kendaraan.

Dalam pengertian umum brigade siaga bencana untuk merespon kejadian bencana di suatu wilayah artinya dibentuk untuk mengutamakan

safety dari masyarakat. Kemudian peneliti kembali melakukan wawancara dengan koordinator Dinas Kesehatan:

“jadi, awal mula pembentukan BSB berasal dari inisiasi Bupati yang melihat kondisi kesehatan yang ada di kabupaten Bantaeng yang masih sangat rendah. BSB merupakan bagian dari tim emergency service tetapi dalam pengertian umum BSB di Kabupaten Bantaeng dapat diartikan sebagai pelayanan kesehatan bentuk emergency maupun non emergency, sasaran program ini dikhususkan untuk masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng”.(Wawancara dr.Andi Ihsan, S.ked pada tanggal 25 Februari 2016).

Selain itu Bupati Bantaeng, mengatakan bahwa :

“selain itu, dinas kesehatan membangun inovasi dengan hadirnya BSB jadi ini adalah tanggap darurat melayani masyarakat 24 jam, oleh karena itu sebagai masyarakat Kabupaten Bantaeng patut bersyukur bahwa pemerintah punya komitmen untuk terus melakukan pendekatan kemasyarakatan, melakukan pendekatan pelayanan terhadap masyarakat”.(Bupati H.M Nurdin Abdullah).

Selanjutnya sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng pada hari rabu tanggal 23 Maret 2016, mengatakan bahwa :

“BSB di seluruh Indonesia sudah ada cuma yang membedakannya itu antara BSB di Kabupaten Bantaeng dengan di daerah lain yang memiliki BSB ya dari sistem dan SOP, BSB yang dari kabupaten Bantaeng itu sistemnya mobile kita yang mendatangi pasien, kalau yang di daerah lain itu ada bencana baru turun, beda dengan bsb disini karena memang disini kesehariannya kalau ada warga yang butuh pelayanan ya kita akan layani. BSB Bantaeng di bawah tanggung jawab dinas kesehatan sedangkan daerah lain tanggung jawab rumah sakit”.(wawancara dr.Andi Ihsan, S.ked”).

Hasil wawancara di atas menunjukkan bahwa BSB di kabupaten Bantaeng itu sistemnya mobile, memberikan layanan kesehatan dalam bentuk emergency maupun non emergency selama 24 jam apabila masyarakat membutuhkan layanan kesehatan BSB ini. Selain itu didukung

juga oleh komitmen pemerintah yang kuat untuk memberikan sebuah layanan kesehatan terhadap masyarakat.

4.2.2.1. Sarana dan Prasarana Awal Pengoperasian Brigade Siaga Bencana

Dalam memulai pengoperasian Brigade Siaga Bencana terdapat dua tahapan persiapan untuk melaksanakan proses pengoperasian, yaitu:

1. Pengadaan peralatan sarana-prasarana seperti kendaraan operasional beserta peralatannya yang berjumlah kurang lebih 5 unit, 3 unit kendaraan merupakan bantuan dari pemerintah Jepang, 1 unit bantuan dari dinas kesehatan Kabupaten Bantaeng dan 1 unit bantuan dari asuransi kesehatan.
2. Persiapan sumber daya manusia yang memadai. Dengan cara melakukan pelatihan-pelatihan ketanggapdaruratan. Pelatihan bagi dokter adalah pelatihan *general emergency life support* dan bagi perawat adalah pelatihan *basic trauma cardiac life support*. Kedua pelatihan tersebut di maksudkan untuk memberikan pengenalan dan pengetahuan bagi tenaga medis dalam hal penanganan tindak darurat.

Tim Brigade Siaga Bencana kabupaten Bantaeng terdiri atas 20 orang dokter, 8 orang perawat dan 4 orang pengemudi. Pelayanan kesehatan diberikan selama 24 jam oleh karena itu dalam keseharian dibagi menjadi 3 shift jaga dimana tiap shift jaga terdiri dari 1 orang dokter, 2 orang perawat dan 2 orang sopir.

Berdasarkan hal tersebut diatas terkait sasaran atau tujuan Brigade Siaga Bencana (BSB) dibentuk, program ini dikhususkan untuk seluruh masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng. Berikut ini petikan wawancara dengan Dokter yang bertugas di BSB pada hari Selasa 23 Februari 2016 :

“Tidak, ini dikhususkan untuk semua masyarakat Bantaeng termasuk masyarakat kabupaten lain yang kebetulan melintas di Kabupaten Bantaeng dan butuh layanan kesehatan karena kita ini sistemnya mobile, masyarakat tinggal teleponkeluhannya apa, alamat, kita satu tim (dokter,perawat dan driver) meluncur kelokasi kalau yang mau menghubungi via telepon bisa dinomor (0413) 21408, atau kalau ada yang tau frekuensi disini bisa lewat HT”.(wawancara dr,Rezy Friyana).

Berdasarkan hasil wawancara dan melihat visi-misi BSB yang ada menegaskan bahwa semua masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng dapat menggunakan layanan kesehatan ini, baik masyarakat yang tinggal dipedesaan, maupun masyarakat yang bukan dari Kabupaten Bantaeng tetapi melintas di daerah Kabupaten Bantaeng dapat menggunakan layanan Brigade Siaga Bencana ini.

Mencermati hasil survei status kesehatan dalam kurung waktu beberapa tahun kebelakang, kondisi geografis, sosial ekonomi dan budaya masyarakat Kabupaten Bantaeng, pelayanan kesehatan yang ada belum maksimal tanpa strategi lain yang dapat menyempurnakan layanan kesehatan tersebut walupun telah disiapkan layanan kesehatan mulai dari tingkat desa, kecamatan, dan kabupaten secara gratis. Namun masih terdapat kekurangan dalam menangani kasus-kasus emergency yang dialami oleh masyarakat terutama diwilayah pedesaan yang jauh dari pusat layanan

kesehatan dan kurangnya keterampilan tenaga kesehatan ditingkat desa serta sulitnya transportasi untuk rujukan. Maka sangatlah tepat Brigade Siaga Bencana sebagai salah satu satgas dari tanggap darurat (*Emergency Service*) dan merupakan bentuk pelayanan kesehatan emergency yang menangani kasus-kasus kesehatan baik bersifat emergency maupun non emergency, hadir untuk menjawab tantangan-tantangan tersebut.

Markas Brigade Siaga Bencana yang terletak di daerah strategis, berada di jalan poros provinsi, jalan Pahlawan No.55, Kelurahan Bonto Sunggu, Kecamatan Bissappu, dilengkapi oleh beberapa tenaga dokter, perawat yang telah dilengkapi dengan pendidikan dan keterampilan emergency, dan sopir. Dimana armada dan tenaga kesehatan siap melayani selama 24 jam dengan biaya gratis.

4.2.2.2. Sarana dan Prasarana Setelah Pengoperasian Brigade Siaga Bencana

Adapun jumlah personil Brigade Siaga Bencana pada tahun 2015-2016 sebagai berikut:

A. Tenaga Kesehatan terdiri :

1. 20 tenaga dokter dengan sertifikat ATLS dan GELS/SPGT, EKG dasar.
2. 26 tenaga perawat dengan sertifikat BTCLS.
3. Tenaga Sopir 6 orang secara shift bertugas 24 jam yang sudah dilatih MFR.

4. 2 orang petugas kebersihan yang sudah dilatih MFR.

B. Armada Ambulance

1. 8 unit armada ambulance Bantuan Rakyat Jepang.
2. 2 unit armada ambulance milik pemerintah kabupaten Bantaeng
kesepuluh unit armada ambulance dilengkapi dengan peralatan
kegawatdaruratan/Emergency.

Keberadaan pusat Brigade Siaga Bencana diharapkan dapat menyelesaikan masalah-masalah yang ada secara cepat, baik masyarakat di Kabupaten Bantaeng maupun masyarakat kabupaten sekitarnya melalui call center 113/ (0413- 21408) tidak lebih dari 20 menit armada Brigade Siaga Bencana sampai dilokasi dimana masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan.

Selanjutnya peneliti melakukan wawancara dengan koordinator umum Brigade Siaga Bencana :

“terkait jumlah tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang ada di BSB untuk masa sekarang tahun 2015-2016 sudah cukup memadai untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng , begitupun juga dengan sarana dan prasarana cukup memadai seperti markas, kendaraan operasional dan alat kesehatan”.(dr.Andi Ihsan).

Selain itu peneliti kembali melakukan wawancara dengan dokter yang bertugas di sekretariat BSB pada hari yang sama :

“iya, untuk masa sekarang ini alhamdulillah terkait masalah tenaga kesehatan itu sudah cukup memadai karena dokter dan perawat yang bertugas disini itu memiliki keterampilan dan keahlian untuk mengatasi permasalahan emergency karena telah mengikuti pelatihan selain itu

juga kita disini dari segi sarana dan prasarana sudah cukup mendukung juga karena kendaraan ambulance yang digunakan itu sebagian sudah dilengkapi dengan peralatan kesehatan yang tersedia didalam ambulance".(dr.Rezy Friyana)

Wawancara diatas menegaskan bahwa secara keseluruhan jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di BSB dokter,perawat dan sopir itu jumlahnya sudah cukup untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan di daerah Kabupaten Bantaeng dan mengenai jumlah armada ambulance itu sudah cukup memadai dalam pengoperasian keseharian.

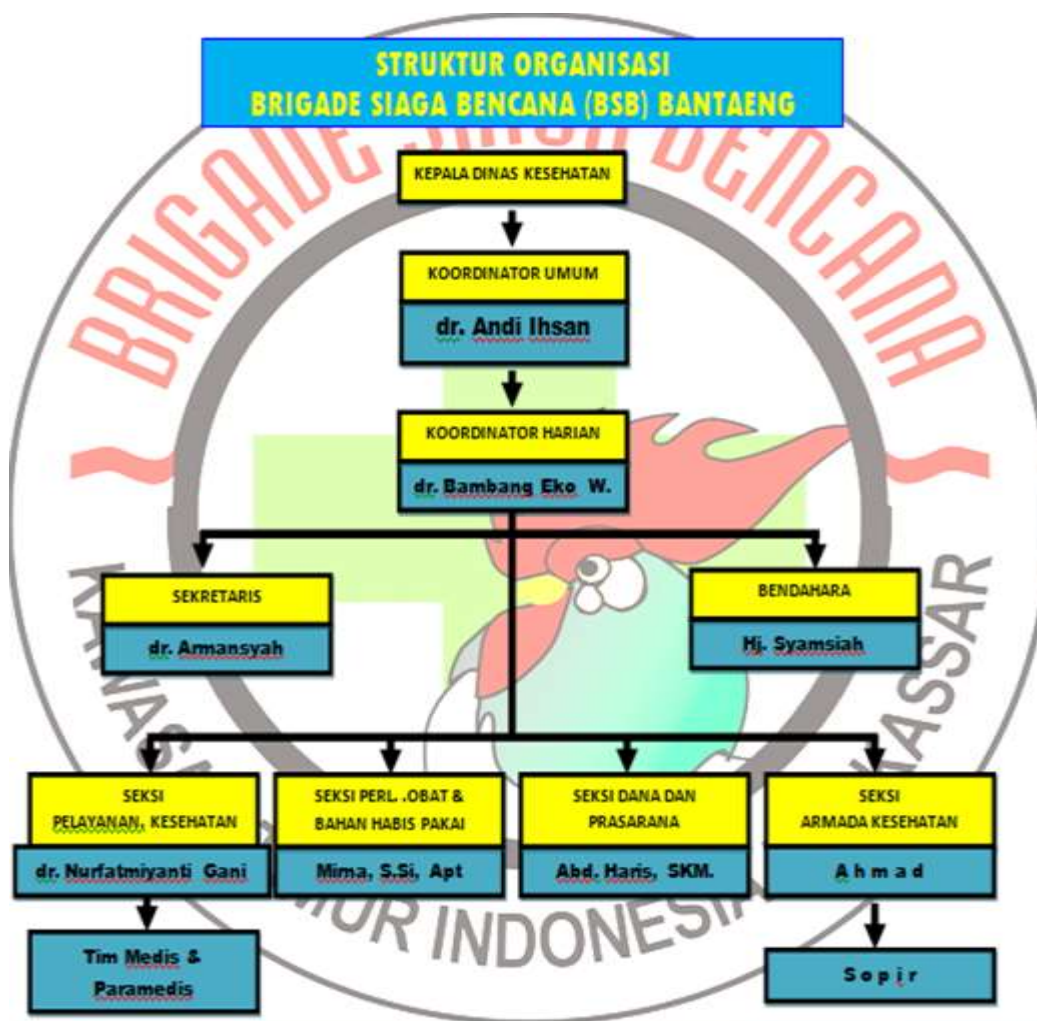
4.2.3. Pengorganisasian dan Sumber Dana

A. Pengorganisasian

Agar pelayanan kesehatan mobile Brigade Siaga Bencana dapat lebih terarah, perlu membentuk lembaga dengan struktur, uraian tugas yang dapat dipedomani oleh petugas kesehatan baik tenaga medis dan non medis terkait hal tersebut diatas, maka ditindaklanjuti oleh Bupati Bantaeng dengan mengeluarkan Surat Keputusan Nomor 430/595/XII/2009, tentang pembentukan Tim Emergency Service Kabupaten Bantaeng, tanggal 1 Desember 2009, selanjutnya Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab umum membentuk struktur garis komando BSB berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng Nomor 1241/440.12.4/2009 tentang penetapan prosedur tetap (protap) pelayanan pada Brigade Siaga

Bencana Kabupaten bantaeng tanggal 7 Desember 2009. Berikut ini struktur organisasi Brigade Siaga Bencana dan Emergency Service.

Gambar 4.3 : Struktur Organisasi Brigade Siaga Bencana



Sumber : Brigade Siaga Bencana

Gambar 4.4 : Struktur Organisasi Emergency Service



Sumber : Brigade Siaga Bencana

Dalam struktur organisasi tim emergency service yang menjadi pembina atau pelindung ialah Bupati Bantaeng, penanggung jawab atau koordinator umum kepala Dinas Kesehatan Bantaeng, serta wakil koordinator umum ialah kepala Dinas Sosial dan kepala Bappedalda, untuk tiap-tiap unit pelayanan terdapat satu orang koordinator sebagai penanggung jawab.

Dalam hal ini, BSB hanya menjadi salah satu bagian dari Tim Emergency Service (TES). Dengan banyak wilayah kerja yang dilayani, kinerja emergency service disuplai dari manajemen Dinas Kesehatan, Disnaker dan Bappedalda. Lokasi yang menunjang pelayanan satu atap ini disediakan agar memperlancar pelayanan. Beberapa lembaga tersebut bersinergi. Berikut ini wawancara yang dilakukan dengan salah seorang dokter yang bertugas di BSB pada tanggal 23 Februari 2016 :

“disini kita itu merupakan bagian dari tim emergency service, salah satu tujuan dibentuk ya untuk memudahkan untuk mengakses layanan dalam artian pelayanan satu atap, tetapi disini kita bersinergi dengan semua lembaga yang terlibat atau satgas emergency, contohnya saja waktu terjadi kebakaran disalah satu wilayah di Kabupaten Bantaeng, Damkar dan BSB terjun kelokasi untuk meberikan bantuan karena kedua hal tersebut satu paket”.(wawancara dengan dr.Rezy Friyana s.ked).

Hasil wawancara dan data yang ada menegaskan bahwa Brigade Siaga Bencana merupakan salah satu bagian dari tim emergency service, yang menjalin sinergi dengan beberapa satgas lain untuk mengatasi permasalahan yang ada. Terkait hal tersebut setiap satgas pemadam kebakaran, satgas pelayanan kesehatan, satgas bansos dan perlengkapan

logistik, dan satgas operasi, rehabilitasi dan pemulihan memiliki masing-masing koordinator dan struktur organisasi tersendiri tetapi berada dalam bagian Tim Emergency Service. Terkait masalah pelayanan kesehatan BSB yang dikoordinir oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng.

B. Sumber Dana

Tabel 4.6 : Anggaran Brigade Siaga Bencana tahun 2010-2013

TAHUN	Anggaran
2010	Rp. 981.6 juta
2011	Rp. 1 M
2012	Rp. 1.5 M
2013	Rp. 2.5 M

Sumber : Brigade Siaga Bencana Kabupaten Bantaeng

Berdasarkan tabel diatas Brigade Siaga Bencana diujicobakan pada Desember 2009, dan secara efektif dilaksanakan tahun 2010. Anggaran Brigade Siaga Bencana berasal dari APBD Kabupaten Bantaeng yang dimulai tahun 2010 Rp 981,6 juta, tahun 2011 Rp 1 Milyar, tahun 2012 sebesar Rp.1,5 Milyar dan tahun 2013 sebesar Rp.2,5 Milyar. Melihat hal tersebut setiap tahunnya anggaran mengenai operasional BSB meningkat yang bersumber dari APBD Kabupaten Bantaeng. Selain itu, bantuan yang

bersifat fisik seperti mobil ambulance diperoleh dari pemerintah dan swasta Jepang serta PT Asuransi Kesehatan. Anggaran tersebut digunakan untuk membayar intensif dokter, perawat, sopir, dan petugas kebersihan; biaya operasional kendaraan (bahan bakar, oli, dan lain-lain); dan biaya makan minum petugas jaga. Selain itu bersumber dari APBD, pembiayaan Brigade Siaga Bencana juga didukung oleh Jamkesda (Program layanan kesehatan gratis) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan per 1 Januari 2014.

Wawancara peneliti yang dilakukan dengan dokter yang bertugas di BSB pada hari Rabu tanggal 24 Februari 2016 :

“Kalau insentif disini itu berdasarkan jadwal jaga, terkait yang bertugas setiap kali shift terdapat dokter, perawat dan sopir”. (wawancara dr.Rezy Friyana).

Kemudian peneliti kembali wawancara dengan koordinator umum Brigade Siaga Bencana pada hari Rabu tanggal 23 Maret 2016 :

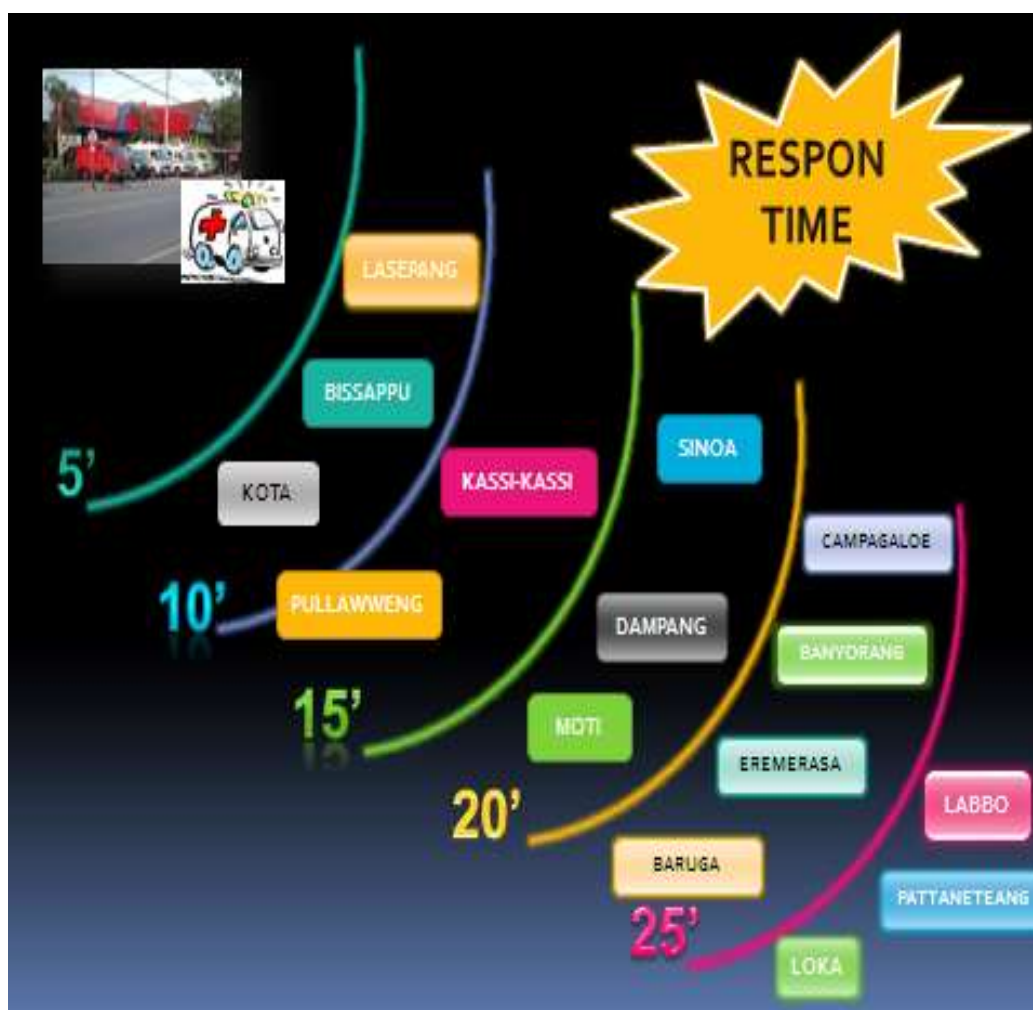
“adapun bantuan dari pihak pemerintah Jepang kendaraan ambulance dengan merek Ehime yang dilengkapi dengan peralatan kesehatan yang ada didalam ambulance tersebut ada 10 buah untuk pemeliharaan kendaraanya dilakukan di kota Makassar secara berkala kalau dari pemerintah Kabupaten ada 2 buah, dinas kesehatan Bantaeng 1 buah dan asuransi kesehatan 1 buah”.(wawancara dr.Andi Ihsan S, ked)

Wawancara diatas menunjukkan bahwa terkait masalah anggaran itu bersumber dari APBD maupun Jaminan kesehatan Daerah dan JKN,

anggaran itu digunakan untuk membayar insentif terhadap petugas BSB maupun pemenuhan alat kesehatan serta perawatan kendaraan demi kelancaran pelaksanaan, faktor pendanaan merupakan salah satu hal sangat berpengaruh dalam pelaksanaan sebuah program layanan kesehatan.

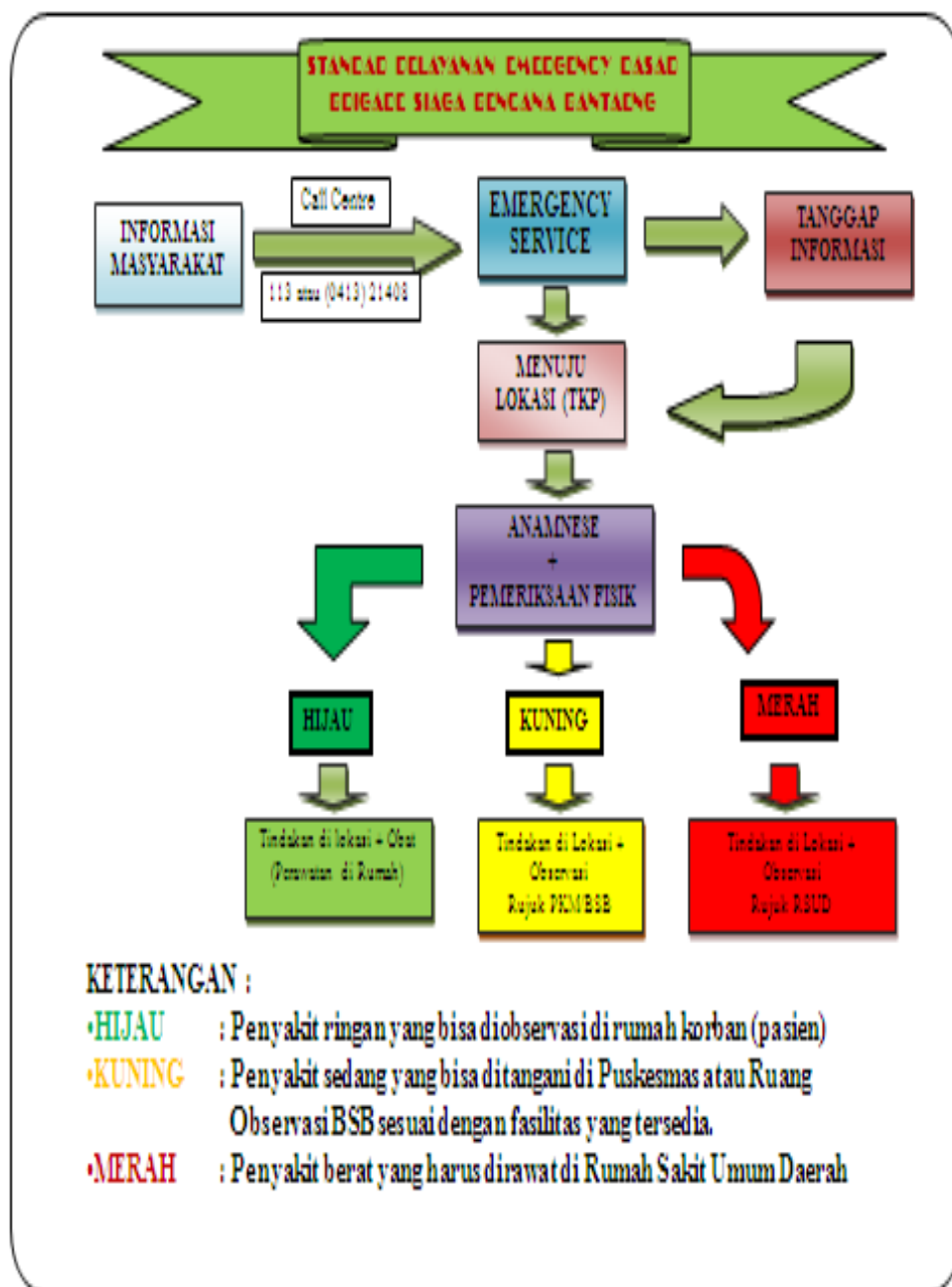
4.2.4. Implementasi Brigade Siaga Bencana (BSB)

Gambar 4.5 : Respon Time Brigade Siaga Bencana Kabupaten Bantaeng



Sumber : Brigade Siaga Bencana Kabupaten Bantaeng

Gambar 4.6 : Standar Pelayanan Emergency Dasar Brigade Siaga Bencana Bantaeng



Sumber : Brigade Siaga Bencana

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pelaksanaan Brigade Siaga Bencana tentunya hal ini sangat berpengaruh sejak tahap awal pembentukan karena dengan tersedianya sarana dan prasarana ataupun tenaga medis, serta manajemen sehingga pengoperasian BSB ini akan berjalan dengan maksimal sesuai dengan sasaran dan tujuan dibentuknya.

Selain itu, masyarakat diberikan kemudahan untuk mengakses layanan ini cukup dengan menghubungi call center 113/ (0413-21408) atau frekuensi radio 145.490 MHz. Berikut ini wawancara dengan koordinator BSB pada hari Rabu 23 Maret 2016 : kelurahan Bonto Jaya :

“ untuk di Kabupaten Bantaeng, infrastruktur terkait masalah sistem informasi khususnya telepon (HP) sudah menjangkau seluruh pelosok yang ada di Kabupaten Bantaeng. Jika pasien tidak memiliki Hp biasa bidan desa, tokoh masyarakat yang menghubungi BSB”.(wawancara dr.Andi Ihsan, S.ked).

Wawancara dengan masyarakat yang pernah menggunakan layanan kesehatan BSB bernama Sudarsono ,berada di kecamatan Bissappu

“pada saat itu orang tua (ayah) saya sedang dirawat di puskesmas yang kebetulan ingin dirujuk kerumah sakit daerah karena disini kami kesulitan terkait kendaraan yang akan digunakan, maka pihak puskesmas menghubungi call center BSB dan tidak lama tiba di lokasi PKM ini”.(wawancara dengan masyarakat bernama Sudarsono, tanggal 29 Februari 2016).

Selanjutnya peneliti kembali melakukan wawancara terhadap salah satu masyarakat yang berada di Kecamatan Bissappu Kelurahan Bonto Sunggu bernama Haeriani pada tanggal 27 Februari 2016 :

“waktu tahun 2014 saya menggunakan pelayanan kesehatan BSB ini, karena suami saya sedang sakit kejadiannya itu tengah malam,

langsungka telepon BSB, karena kutau informasinya dari radio bahwa ada layanan ambulance gratis yang bisa digunakan selama 24 jam”.

Berdasarkan hasil wawancara di atas memberikan makna bahwa umumnya masyarakat sudah memiliki yang namanya alat komunikasi, tergantung dari masyarakat sendiri mau mempergunakannya atau tidak itu juga dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, namun pihak dari tokoh masyarakat, bidan desa dan pihak puskesmas dapat membantu dalam proses penyampain informasi terhadap petugas yang ada di BSB. Namun biasa juga apabila kondisi lokasi pasien dekat dengan sekretariat BSB, pihak keluarga atau masyarakat datang langsung ke lokasi untuk memberitahukan petugas BSB.

4.2.4.1. Respon Time Brigade Siaga Bencana

Peneliti kembali melakukan wawancara dengan dokter yang bertugas di BSB :

“disini kita membentuk cabang BSB, untuk sementara ini yang sudah beroperasi ada di loka dan sementara masa pembangunan fisik (bangunan) ada di baruga kecamatan Pajukukang, Banyorang kecamatan Tompobulu, dan campagaloe kecamatan Bissappu”.(wawancara dr .Rezy Friyana tanggal 23 februari 2016).

Kemudian peneliti melakukan wawancara dengan sekertaris Dinas Kesehatan :

“tujuan dibentuknya cabang BSB untuk memperpendek respon time, karena SOP untuk BSB respon timenya ± 20 menit tiba dilokasi dan memberikan tindakan. Dengan semakin bertambahnya station maka respon time ± 10 menit”.(wawancara dr.Andi Ihsan pada tanggal 23 Maret 2016).

Wawancara dengan masyarakat kecamatan Bissappu, Kelurahan Bonto Jaya yang sudah pernah menggunakan layanan BSB:

“BSB itu kurang dari 20 menit tiba dilokasi (puskesmas), pelayanan yang diberikan bisa dikatakan sangat bagus karena pelayanan di pkm itu ditindak lanjuti diatas ambulance tersebut dan yang saya ingat diatas ambulance tersebut memang sangat-sangat lengkap karena dilengkapi dengan sopir, perawat dokter dan fasilitas kesehatan yang ada”.(wawancara dengan masyarakat bernama Sudarsono di Kecamatan Bissappu kelurahan Bonto Jaya).

Berdasarkan hasil wawancara diatas memberikan makna bahwa pada dasarnya BSB ini memiliki target respon time kurang lebih 20 menit untuk menjangkau seluruh wilayah yang ada dikabupaten Bantaeng, tentunya hal tersebut sangat berpengaruh untuk safety pasien yang membutuhkan penanganan cepat karena tujuan dibentuknya BSB ialah salah satunya untuk mengatasi permasalahan pasien yang lambat mendapatkan penanganan atau pertolongan. Pemerintah kabupaten Bantaeng kemudian membentuk empat titik cabang BSB yang tujuannya untuk mengurangi respon time menjadi kurang lebih 10 menit untuk menjangkau wilayah yang ada dikecamatan tersebut.

4.2.4.2. Mekanisme Pelayanan Brigade Siaga Bencana

Peneliti melakukan wawancara dengan salah seorang tim medis yang sedang bertugas di sekretariat BSB, Selasa tanggal 23 Februari 2016 mengatakan :

“tidak, makanya disini itu diutamakan safetynya, biar keluhan sekecil apapun itu kalau memang mereka butuh kita bantu”.(wawancara dr.Rezy Friyana).

Wawancara ini menegaskan bahwa layanan ini mengutamakan keselamatan dan apabila masyarakat membutuhkan layanan ini maka akan dilayani oleh petugas BSB meskipun pasien yang membutuhkan pertolongan itu jauh dan masih berada di wilayah Kabupaten Bantaeng.

Mengenai pelaksanaan agar pelayanan yang diberikan dapat berjalan sesuai dengan indikator protap yang telah ditetapkan tentunya diperlukan SDM seperti dokter dan perawat sangat berperan di dalamnya. Berikut ini wawancara yang dilakukan :

“ untuk di kota sini ada 20 orang dokter yang bertugas dibawah naungan dinas kesehatan dan 26 perawat sementara untuk yang di loka kecamatan uluere itu ada 2 dokter dan 10 perawat”.(wawancara dengan dr. Rezy Friyana, pada hari yang sama).

Kemudian kepala Dinas Kesehatan mengatakan bahwa :

“tanggap darurat ini tentunya dilengkapi dengan beberapa orang dokter yang telah diberikan suatu kerampilan yang bersifat khusus untuk hal-hal yan bersifat emergency bentuk-bentuk pelayanan diharapkan dapat diterima oleh masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan oleh masyarakat.”(Dr.Hj.Takudaeng M.kes).

Wawancara diatas menegaskan bahwa banyaknya SDM seperti dokter dan perawat, sangatlah berpengaruh untuk memberikan pelayanan yang lebih maksimal kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan. Pembagian sumber daya manusia tergantung dari tingkat kebutuhan masyarakat dan dapat dilihat dari banyaknya penduduk yang berada dilokasi tersebut.

Peneliti mendapatkan data sekunder mengenai kasus yang ditangani Bigade Siaga Bencana pada awal pengoperasiannya :

1. Kasus keluhan demam batuk (*patient's fever and cough*). Setelah mendapatkan informasi dari keluarga pasien tim Brigade Siaga Bencana menuju lokasi. Kemudian dokter melakukan pemeriksaan kepada pasien sesuai protap penanganan penyakit infeksi saluran pernafasan atas, setelah dilakukan pemeriksaan dokter mengambil kesimpulan kemudian pasien tersebut diberi obat lalu dirawat dirumah.
2. Keluhan diare (*diarrhoea patients*). Setelah mendapatkan informasi dari keluarga pasien tim Brigade Siaga Bencana menuju lokasi, kemudian dokter melakukan pemeriksaan kepada pasien sesuai dengan protap penanganan penyakit diare setelah dilakukan pemeriksaan dokter berkesimpulan bahwa pasien tersebut dirujuk ke puskesmas perawatan untuk di observasi setelah memberikan pertolongan pertama dirumah pasien.
3. Pasien kecelakaan lalu lintas (*Traffic Accident Patients*). Setelah mendapat informasi dari masyarakat tim Brigade Siaga Bencana menuju lokasi kemudian dokter melakukan pemeriksaan kepada pasien sesuai dengan protap pemeriksaan *trauma capitis*. setelah dilakukan pemeriksaan dokter berkesimpulan bahwa pasien

tersebut di rujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan intensif setelah memberikan pertolongan pertama di lokasi

4. Keluhan pendarahan pada ibu hamil (*bleeding in pregnant women*).

Setelah mendapatkan informasi dari bidan desa tim Sigade Siaga Bencana menuju lokasi, kemudian dokter melakukan pemeriksaan kepada pasien sesuai dengan protap penanganan *aborts* setelah dilakukan pemeriksaan dokter berkesimpulan bahwa pasien tersebut dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan intensif setelah mendapatkan pertolongan pertama di puskesmas.

5. Luka bakar (*burn patients*) setelah mendapatkan informasi dari

masyarakat bahwa terjadi kebakaran pada saat itu juga pemadam kebakaran dan BSB langsung menuju lokasi, pada saat ditemukan korban tim langsung melakukan evakuasi kemudian dokter melakukan pemeriksaan sesuai dengan protap penanganan luka bakar kemudian dokter mengambil kesimpulan dan merujuk pasien tersebut ke rumah sakit mendapatkan perawatan yang intensif.

Selanjutnya wawancara dengan Bapak Bupati Bantaeng, mengatakan bahwa :

“Brigade Siaga Bencana ini bekerja 24 jam perawat dan dokter sekiranya ada sesuatu hal yang terjadi ditengah-tengah masyarakat apakah itu kecelakaan atau tengah malam ada yang sakit cukup menelpon ke 113”.(Bupati H.M Nurdin Abdullah).

Selain itu Dokter yang bertugas di sekretariat BSB, mengatakan :

“tim yang turun kelokasi itu terdiri dari satu orang dokter, dua perawat dan satu driver, tetapi kalau kasus evakuasi dijemput di puskesmas rawat inap minimal tiga orang saja”(wawancara dr.Rezy Friyana).

Wawancara diatas menegaskan bahwa dokter ikut turun kelokasi apabila pasien belum mendapatkan penanganan sama sekali dari pihak puskesmas dan apabila sudah mendapatkan pertolongan dokter tidak ikut turun kelokasi lagi melainkan perawat yang terlibat dalam proses penjemputan pasien. Agar dokter dapat menjalankan tugasnya dan memberikan penanganan kepada pasien lain yang sedang berobat di poli klinik BSB.

Kemudian peneliti melakukan wawancara dengan dokter yang ada di BSB mengenai mekanisme pelayanan yang dilakukan setiba di lokasi mengatakan :

“Tim 1 (dokter) melakukan pemeriksaan untuk pasien karena kita ini disini itu membagi beberapa kategori ada ringan, sedang dan berat. Untuk kategori ringan itu warna kodenya kuning itu berarti keluhannya minimal maksudnya dia masih bisa berobat jalan (dirumah). Kita melakukan pemeriksaan kesehatan, keluhannya apa, terus pemberian obat. Yang termasuk kategori ringan disini itu misalnya flu,batuk-batuk biasa, sakit kepala, itu keluhan ringan tidak mesti dibawah kerumah sakit atau puskesmas, kalau seumpamanya maagnya yang kambuh tidak mesti langsung dibawah ke puskesmas. cukup pemberian obat dan berkoordinasi dengan puskesmas terkait untuk follow upnya nanti Itu kalau dalam 3 hari pemberian obat pasien masih ada keluhannya bisa ke puskesmas terdekat”. (Wawancara dr.Rezy Friyana)

Kemudian wawancara dilakukan dengan koordinator BSB, mengatakan:

“Kalau kategori sedang, setelah pasiennya ditindaki kita rujuk ke puskesmas rawat inap seperti diare,thypoid dan lain-lain. Kalau untuk

kategori berat, setelah pasien di tindak kita rujuk ke Rs, seperti kasus stroke, penyakit jantung dan lain-lain".(wawancara dr.Andi Ihsan).

Selanjutnya wawancara yang dilakukan dengan masyarakat yang ada di Kecamatan Bantaeng berada di kelurahan Pallantikang, Minggu tanggal 28 Februari 2016 :

"itu hari saya mengalami gangguan kesehatan tiba-tiba penyakit asma saya kambuh kemudian mendapatkan pertolongan ambulance karena ada sepupu saya yang menghubungi, didalam ambulance dengan bantuan pernapasan oksigen dan saat itu saya hanya dikategorikan penyakit ringan saja sehingga bisa ditangani diatas ambulance".(wawancara dengan masyarakat atas nama Nurbintang).

Berdasarkan hasil wawancara dan data yang didapat melalui gambar terkait mekanisme pemberian pelayanan kepada pasien menegaskan bahwa ketika tim medis BSB tiba dilokasi melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan dokter melakukan observasi terhadap pasien kemudian memberikan tanda berupa kartu hijau artinya penyakit ringan pasien dapat ditangani dirumahnya seperti flue dan sakit kepala, kartu kuning artinya penyakit sedang penyakit yang dapat ditangani di puskesmas atau diruang observasi BSB sesuai dengan peralatan atau fasilitas yang tersedia seperti penyakit diare, dan kartu merah artinya penyakit berat yang harus dirawat dirumah sakit umum daerah contohnya seperti pasien : kebakaran, kecelakaan dan lain-lain. Mengenai SOP Brigade Siaga Bencana cukup jelas, untuk memudahkan kerja tim medis setibanya di lokasi, hal tersebut tentunya sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan

pelayanan kesehatan yang akan diberikan sehingga tim medis sudah dapat mengkategorikan dan dengan mudah mengambil keputusan dengan berdasarkan sop yang telah ditentukan sebelumnya.

Kemudian peneliti kembali melakukan wawancara dan menanyakan mengenai perbedaan layanan BSB dengan puskesmas:

“ada beberapa bedanya, kalau puskesmas lebih kearah program kerja, puskesmas itu 70% program yang dijalankan kegiatan diluar gedung seperti puskel lebih banyak turun kemasyarakat kalau untuk pelayanan klinisnya itu kurang lebih 30% itu dalam gedung. Kalau BSB sendiri lebih utama keemergencyan memang kegiatannya lebih banyak diluar gedung itupun kalau kita ada poli disini, itu hanya membantu masyarakat sekitar saja tapi utamanya itu emergency. Makanya itu disini itu ada aturan jadwal polinya sendiri. Kalau BSB turun lapangan itu kita bersinergi dengan puskesmas tapi utamanya yang menjalankan/ melaksanakan program itu puskesmas”.(wawancara dr.Rezy Friyana pada hari selasa 23 Februari 2016).

Selanjutnya wawancara dengan sekretaris Dinas Kesehatan :

“ puskesmas itu layanan dasar, orientasinya program layanan dasar (preventif dan promotif) kumulatif $\pm 25\%$ sedangkan BSB itu lintas rujukan triase pasien dirawat dirumah puskesmas dan RS. Kegiatan promotif dan preventif koordinasi dengan puskesmas atau dinas kesehatan seperti penyuluhan tujuannya agar puskesmas tidak menjadi puskesmas raksasa”.(wawancara dr.Andi Ihsan S.ked tanggal 23 maret 2016).

Wawancara di atas menegaskan bahwa puskesmas menjalankan tugasnya berdasarkan program kerja yang telah ditentukan sebelumnya sedangkan BSB lebih banyak penanganan yang dilakukan terkait permasalahan emergency dan tujuannya untuk membantu puskesmas menjalankan tugasnya terkait permasalahan rujukan dan penanganan pasien.

Brigade Siaga Bencana merupakan layanan program kesehatan yang digratiskan oleh pemerintah Kabupaten Bantaeng. Hal tersebut senada dengan wawancara dokter yang bertugas di BSB pada hari yang sama :

“ iya program layanan kesehatan ini di gratiskan untuk masyarakat Bantaeng”. (wawancara dr.Rezy Friyana).

Kemudian wawancara dengan masyarakat bernama Hj.Rahmatiah yang berada di kecamatan Bantaeng Kelurahan Tappanjeng pada tanggal 3 Maret 2016,mengatakan :

“iya, pelayanannya itu gratis beserta dengan obat yang diberikan, kami cuman ditanya mengenai identitas nama, alamat dan umur kemudian langsung diberikan pertolongan”.

Selain itu, Brigade Siaga Bencana juga dapat memberikan pelayanan di Kabupaten lain apabila membutuhkan, wawancara dengan dokter sebagai pelaksana yang terlibat langsung pada tanggal 23 Februari 2016 :

“ iya bisaji, kalau yang untuk daerah luar itu biasanya kebakaran misalkan dulu kabupaten Bulukumba yang pasar sentralnya terbakar pemerintah sana minta bantuan daerah sini tapi itukan level atas dulu, kita bisa langsung bergerak kalau sudah dapat izin dari sini, pemerintah sini yang kasi perintah baru kita berangkat damkar pertama, kita kesehatan kedua, kita selalu seperti itu. Kita bisa juga lintas kabupaten namanya tapi kalau ke emergencyan sehari-hari misalkan ada masyarakat Bulukumba menelpon kesini minta dilayani dari BSB sini tidak bisa karena sudah lintas kabupaten namanya. Kalau diluar wilayah kabupaten Bantaeng dan bukan warga Bantaeng. Maksudnya disini dia berada di Kabupatennya sendiri baru kita bisa layani. Kecuali misalkan ada warga Makassar sementara berada di Kabupaten Bantaeng sedang sakit dan butuh bantuan ya kita layani dulu berkas nomor dua, terlepas dari nanti bisa ditangani ditempat terus dia agak mendingan ya syukur alhamdulillah kalau tidak ya kita akan rujuk dia kerumah sakit dengan fasilitas lengkap”.(wawancara dr.Rezy Friyana).

Wawancara ini menunjukkan bahwa Brigade Siaga Bencana sasarannya untuk masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng. Apabila ada masyarakat yang dari daerah lain membutuhkan jasa layanan BSB maka itu bukan tanggung jawab BSB yang ada di Kabupaten Bantaeng melainkan daerahnya sendiri, BSB dapat bergerak ke daerah lain apabila daerah tersebut membutuhkan bantuan karena mengalami musibah dalam ukuran skala besar dan diperlukan banyak pihak yang terlibat ataupun sumber daya manusia dan adanya rekomendasi dari pihak dinas kesehatan.

Selain itu terdapat pula poli klinik yang disediakan BSB di sekretariatnya yang tujuannya untuk membantu pemeriksaan masyarakat yang ada disekitar lingkup wilayah sekretariat BSB. Keseluruhan Staff BSB ini menjalankan tugas harian secara bergantian, setiap hari jadwal tugas dibagi dalam tiga shift jaga yakni pagi (07.00wita-14.30wita), siang (14.30 wita-21.00 wita), dan malam (21.30wita-07.30 wita). Hal tersebut senada yang disampaikan dokter Rezy Friyana kalau yang bertugas itu 2-3 orang dokter yang bertugas setiap kali shift.

Peneliti kembali melakukan wawancara dengan pihak pelaksana Brigade Siaga Bencana yaitu dokter yang mengemukakan mengenai perbedaan layanan BSB setiap tahunnya :

“kalau dari awal sampai sekarang pasti ada perbedaannya karena pelayanan yang dilakukan itu tergantung dari fasilitas yang tersedia. Kalau awal-awal itu disini banyak kekurangannya mulai dari jumlah armada masih terbatas, ketenagaan masih kurang, bangunan masih numpang disebelah di bappedalda 1 kamar kecil, tidurnya pun disana,

dokter tidur disana, perawat tidur disana dan sopir tidur disana melayani juga disana, ya kalau sekarang alhamdulillah semakin berjalan waktu bangunan fisik sudah ada tenaga kerja sudah banyak, jadi pelayanan yang dilakukan bisa semaksimal mungkin”.(wawancara dr.Rezy Friyana).

Kemudian wawancara dilakukan koordinator Brigade Siaga Bencana mengatakan bahwa :

“jumlah pasien setiap tahunnya mengalami peningkatan artinya seluruh masyarakat Bantaeng sejak lahirnya BSB dengan mudahnya mendapatkan layanan kesehatan”.(wawancara dr.Andi Ihsan).

Wawancara tersebut menegaskan bahwa dengan seiring berjalannya waktu pembenahan terkait markas maupun peralatan kesehatan dan peningkatan jumlah tenaga medis hal tersebut semakin bertambah harus diimbangi dengan anggaran yang ada setiap tahunnya juga bertambah karena semakin meningkatnya pelayanan yang dilakukan oleh BSB setiap tahunnya.

4.2.5. Hasil yang dicapai setelah pelaksanaan Brigade Siaga Bencana

4.2.5.1. Intervensi Pelayanan Kesehatan Oleh Brigade Siaga Bencana

Setelah beroperasi selama empat tahun terlihat bahwa dengan hadirnya Brigade Siaga Bencana mempunyai dampak yang cukup besar terhadap capaian program kesehatan dan mempengaruhi status kesehatan masyarakat kabupaten Bantaeng secara drastis mulai membaik. Berikut ini tabel mengenai status kesehatan masyarakat :

Tabel 4.7 : Status Kesehatan Masyarakat Kabupaten Bantaeng

No	Jenis Indikator	Tahun						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	Angka Kematian Ibu	17 kasus	15 kasus	11 kasus	3 kasus	0 (nol) kasus	0 (nol) kasus	0 (nol) kasus
2	Angka Kematian Bayi	38 kasus	64 kasus	43 kasus	31 kasus	11 kasus	0 (nol) kasus	0 (nol) kasus
3	Kasus Gizi Buruk	16 kasus	13 kasus	17 kasus	0 kasus	0 kasus	0 kasus	0 kasus

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng

Dari tabel di atas dapat kita lihat bahwa setelah berdirinya Brigade Siaga Bencana (BSB), maka indikator kesehatan yang tadinya berada pada angka yang memprihatinkan, sejak tahun 2012 kita dapat menihilkan kasus Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Kasus Gizi Buruk.

Disamping pencapaian tersebut di atas, dalam melakukan pelayanan kegawatdaruratan terjadi suatu fenomena yang menarik dalam hal penyelamatan jiwa bagi ibu hamil di atas ambulance Brigade Siaga Bencana. Dalam kurun waktu lima tahun beroperasi BSB berhasil melakukan

penyelamatan jiwa bagi ibu hamil sebanyak 91 kasus. Dengan rincian sebagaimana tabel berikut ini :

**Tabel 4.8 : Jumlah pasien yang melahirkan di atas mobil BSB
Desember 2009-Mei 2015**

No	Tahun	Jumlah
1	Desember 2009	2 Orang
2	2010	10 Orang
3	2011	15 Orang
4	2012	19 Orang
5	2013	23 Orang
6	2014	20 Orang
7	Januari-Mei 2015	3 Orang
Total		92 Orang

Sumber : Brigade Siaga Bencana

Adapun penyakit yang telah ditangani oleh BSB pada tahun 2015 adalah sebagai berikut :

Tabel 4.9 : 10 Jenis penyakit yang telah ditangani Brigade Siaga Bencana kesehatan Kabupaten Bantaeng Januari 2015-Desember 2015

NO	KETERANGAN	JUMLAH
1.	Kecelakaan Lalu Lintas (KLL)	440
2.	Diare	780
3.	Isipa/Asma	894
4.	Gastritis/ Kolik abdomen	985
5.	Thypoid/ DBD	671
6.	Myalgia	778
7.	Hipertensi/ Stroke	772
8.	Kehamilan	483
9.	ISK	143
10	Diabetes Melitus	123
Jumlah Keseluruhan		6909

Sumber : Data Brigade Siaga Bencana

Tabel 4.10 : Jenis pelayanan yang telah diberikan Brigade Siaga Bencana kesehatan Kabupaten Bantaeng Januari 2015-Desember 2015.

NO	KETERANGAN	JUMLAH
1.	Pasien Kecelakaan Lalu lintas	440
2.	Pasien Rawat Jalan (BSB)/ Perawatan Rumah	180
3.	Pasien di Rujuk ke Puskesmas	590
4.	Pasien di Rujuk ke RSUD Bantaeng	1380
5.	Pasien di Rujuk ke Makassar	192
6.	Pasien Kebidanan	483
7.	Pasien Melahirkan di Mobil	3
9.	Kebakaran	32
Jumlah Keseluruhan		3297

Sumber : Brigade Siaga Bencana

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, Brigade Siaga Bencana (BSB) berhasil melakukan tindakan triase pra rujukan. Dimana BSB berperan sebagai lalu lintas rujukan, dimana apabila penyakit pasien dikategorikan RINGAN maka cukup diobservasi di rumah dan difollow up oleh puskesmas terdekat, apabila sedang, maka cukup ditangani di puskesmas rawat inap atau ruang observasi BSB sedangkan penyakit dengan kategori BERAT memerlukan tindakan di rumah sakit umum daerah (RSUD).

Tabel 4.11 :Tindakan Triase Pra Rujukan yang dilakukan Brigade**Siaga Bencana**

NO	JENIS PELAYANAN	TAHUN					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	Pasien rawat jalan/perawatan rumah	12 orang	482 orang	270 orang	1.516 orang	2.624 orang	4771 orang
2	Pasien dirujuk ke Puskesmas	5 orang	39 orang	25 orang	67 orang	92 orang	129 orang
3	Pasien dirujuk ke RSUD Bantaeng	43 orang	422 orang	1.183 orang	1.044 orang	2.668 orang	4434 orang
4	Pasien dirujuk ke Makassar	-	20 orang	85 orang	119 orang	230 orang	278 orang

Sumber : Brigade Siaga Bencana

Sejak beroperasinya Brigade Siaga Bencana, nampak peningkatan jumlah pasien dari tahun ke tahun, hal ini bukan berarti pelayanan kesehatan Promotif dan Preventif gagal dalam mencegah orang menjadi sakit, melainkan kondisi ini menggambarkan bahwa semua orang sakit di Kabupaten Bantaeng dapat terakses pelayanan kesehatan seluruhnya. Sehingga mereka dapat dirawat secara optimal, sejak Desember 2009 – Mei

2015 jumlah pasien yang dilayani Brigade Siaga Bencana adalah 25.588 orang. Berikut ini mengenai rekapan pasien yang telah dilayani oleh Brigade Siaga Bencana.

Tabel 4.12 : Jumlah pasien yang dilayani oleh Brigade Siaga Bencana Desember 2009 – Mei 2015

No	Tahun	Jumlah	
1	Desember 2009	65	Orang
2	2010	1508	Orang
3	2011	2116	Orang
4	2012	3344	Orang
5	2013	6772	Orang
6	2014	9732	Orang
7	Januari - Mei 2015	2051	Orang
Total		25588	Orang

Sumber : Brigade Siaga Bencana

Selain pelayanan yang dilakukan di lokasi atau di rumah pasien sering kali juga dilakukan pelayanan didalam mobil Brigade Siaga Bencana seperti kasus berikut :

Pasien dengan keluhan nyeri dibagian dada sebelah kiri, dokter dapat melakukan pemeriksaan STG didalam mobil BSB sambil pasien tersebut dirujuk kerumah sakit. Dalam operasionalnya kendaraan BSB digunakan

untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di wilayah Kabupaten Bantaeng, kecuali dalam kondisi tertentu dimana mobil yang tersedia di rumah sakit umum daerah (RSUD) terpakai maka kendaraan BSB bisa digunakan dengan melampirkan surat permintaan RSUD Kabupaten Bantaeng.

Selain itu, untuk menjaga konsistensi program maka BSB ini dilengkapi juga dengan sistem evaluasi yang diadakan setiap sebulan sekali melalui pertemuan rutin antara instansi terkait seperti Dinas Kesehatan, Dinas Sosial dan Bappedalda yang dikoordinatori oleh Dinas Kesehatan. Evaluasi yang sering dilakukan sering digunakan untuk membahas tentang capaian program dan target-targetnya. Disamping itu sistem operasional mulai dari performa tenaga kesehatan sendiri sampai dengan masalah pembiayaan juga menjadi hal penting dievaluasi. Oleh karena itu evaluasi pertama yang pernah dilakukan menghasilkan suatu rekomendasi untuk meningkatkan kebijakan dan manajemen pengelolaan terutama yang terkait dengan penganggaran. Hal ini maksudkan untuk menambah insentif para tenaga medis karena jam kerja mereka bertambah namun tingkat kesejahteraannya tidak ikut meningkat

4.2.5.2. Penghargaan Yang Dicapai

Dari hasil kegiatan pelayanan kesehatan mobile yang dimotori oleh Brigade Siaga Bencana melalui pencapaian indikator pelayanan kesehatan menuai beberapa penghargaan di bidang kesehatan baik di tingkat provinsi

maupun di tingkat nasional. Berikut kami sampaikan penghargaan-penghargaan yang diperoleh oleh Kabupaten Bantaeng di bidang Kesehatan:

1. Penghargaan Fajar FIPO tahun 2011, Brigade Siaga Bencana, Kabupaten Bantaeng **Kategori Daerah dengan terobosan inovatif bidang pelayanan kesehatan/Silver Trophy**, serta **Grand Award Pelayanan Publik (Gold Trophy) kategori Daerah dengan terobosan paling menonjol bidang pelayanan publik**.
2. Penghargaan Kabupaten Sehat kategori PADAPA, tahun 2011.
3. Penghargaan Kabupaten Sehat kategori WIWERDA, tahun 2013.
4. Brigade Siaga Bencana masuk sebagai **salah satu inovasi pelayanan publik yang dimuat dalam Buku Kumpulan Praktik Baik Inovasi Pelayanan Publik Jilid 2**, Tahun 2014.
5. Mewakili Indonesia dalam **Kompetisi Pelayanan Publik Tingkat Internasional melalui United Nation Public Service Awards (UNPSA)**, tahun 2014.

4.2.6. Tanggapan Mengenai Pembentukan dan Pelaksanaan Brigade Siaga Bencana

Peneliti melakukan wawancara dengan Bapak Bupati Bantaeng mengatakan bahwa :

“mudah-mudahan dengan hadirnya Brigade Siaga Bencana ini kita semua siap menghadapi dan kita berdoa kepada tuhan yang maha kuasa mudah-mudahan Bantaeng terus mendapat perlindungan dari

segala malah bahaya dan segala bencana dan masyarakat Kabupaten Bantaeng hidup kondisi tentram damai dan bahagia".(Bupati H.M Nurdin Abdullah).

Selanjutnya kepala Dinas mengatakan :

"pesan kami buat seluruh masyarakat Kabupaten Bantaeng dan sekitarnya, buat tim Brigade Siaga Bencana marilah kita sama-sama bahu membantu untuk memakai dan mempergunakan sarana ini dengan baik, pesan kami kepuasan saudara-saudara adalah kebanggaan kami".(Dr.Hj.Takudaeng M.kes).

Kemudian wawancara dengan tokoh masyarakat mengatakan :

"masyarakat Bantaeng ini bersyukur dengan hadirnya Brigade Siaga Bencana ini utamanya kami tokoh masyarakat mengucapkan terima kasih banyak kepada pemerintah kabupaten dalam hal ini bapak Bupati Bantaeng, jadi saya kira masyarakat Bantaeng tidak usah susah-susah lagi mengenai kesehatan karena pemerintah Kabupaten Bantaeng dalam hal ini kepala dinas sudah menyiapkan layanan 1 x 24 jam".(tokoh masyarakat Chaeruddin Manggarai).

Masyarakat Kelurahan Bonto Jaya, Kecamatan Bissappu, mengatakan :

"alhamdulillah kalau berdasarkan dengan adanya program ini saya sangat berterimah kasih kepada pemerintah, karena sangat-sangat membantu masyarakat yang ada disekitar disini dan masyarakat tidak perlu khawatir lagi apabila menghadapi permasalahan kesehatan".(wawancara Sudarsono Masyarakat kec Bissappu Kel Bonto Jaya)

Peneliti memberikan kesimpulan bahwa masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng tidak perlu khawatir dengan permasalahan kesehatan selain itu masyarakat sangat setuju dengan dibentuknya layanan BSB karena pihak pemerintah telah membuat sebuah inovasi untuk memberikan pelayanan kesehatan tercepat dan berkualitas.

4.2.7. Prasyarat Replikasi Brigade Siaga Bencana

Mengenai prasyarat replikasi Brigade Siaga Bencana, banyaknya manfaat yang di akibatkan dari program BSB tersebut maka beberapa daerah yang memiliki kecenderungan resiko, masalah dan potensi yang sama memiliki peluang untuk melakukan replikasi. Adapun persyaratan agar suatu daerah dapat mereplikasikan program ini adalah :

1. *Leadership*, faktor pemimpin akan sangat menentukan dalam melakukan mobilisasi sumber daya, memperkuat jaringan serta mengembangkan modalitas yang dimiliki.
2. ketersediaan infrastruktur serta fasilitas yang memadai.
3. Penganggaran. Hal ini akan sangat berpengaruh terhadap keberlanjutan program serta manajemen pengelolaan sumber dayayang sudah ada.
4. Jaringan juga faktor penting untuk diperhitungkan. Hal ini selain untuk memperkuat modalitas juga dapat bermanfaat sebagai media sosialisasi agar masyarakat mendapatkan informasi yang merata.
5. Sumber daya yang terlatih baik dari segi pengetahuan maupun keterampilan untuk menghadapi kondisi darurat.
6. *Stakholdermapping* yang baik. Dalam kasus ini, Fatayat NU menjadi berperan penting untuk mendukung program pemerintah kabupaten.

4.3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Strategi Pelaksanaan Layanan Kesehatan Bebas Retribusi Di Kabupaten Bantaeng

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan berhasil atau tidak pelaksanaan layanan kesehatan Brigade Siaga Bencana (BSB) di Kabupaten Bantaeng tidak terlepas dari faktor yang mempengaruhi diantaranya faktor pendukung dan faktor penghambat.

Terkait masalah anggaran pertama kali inisiasi sebelum tanggal 7 Desember 2009, belum ada dukungan pihak legislatif dalam penganggaran. Kebutuhan operasional BSB masih terbatas pada anggaran operasional Dinas Kesehatan.

Walaupun saat ini layanan BSB bisa dirasakan oleh masyarakat Bantaeng, bukan berarti tidak pernah mendapatkan hambatan. Diawal BSB beroperasi ada reaksi dari masyarakat, terdapat pihak-pihak yang ingin menghentikan BSB karena terganggu bunyi ambulance terus menerus. Belum lagi telepon iseng yang membombardir ke call center 113, sehingga untuk pelayanan malam hari pada enam bulan pertama BSB hanya menerima telepon dari bidan desa dan kepala desa, tapi setelah enam bulan mekanisme BSB sudah mendapatkan kepercayaan masyarakat.

Sedangkan dikalangan internal paramedis, implementasi ini menuai banyak pro dan kontra. Awal BSB beroperasi para tim yang terlibat belum mendapatkan insentif, sehingga sempat ditolak oleh para medis terkait karena dapat mengurangi pemasukan. Bahkan ketika BSB beroperasi para

dokter yang berjaga hanya mendapat insentif Rp. 35.000, setiap kali shift. Pendapatan tersebut jauh dibawah pendapatan normal ketika mereka melakukan praktek mandiri.

Wawancara yang dilakukan peneliti dengan Sekretaris Dinas Kesehatan berkaitan dengan faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan BSB sejak awal dibentuk, Berikut ini hasil wawancara pada hari Rabu tanggal 23 Maret 2016 :

“awal pembentukan faktor pendukung yaitu pertama komitmen pemerintah kabupaten khususnya Bupati dan DPRD yang kuat, kedua komitmen tenaga kesehatan(dokter dan perawat) yang kuat, sedangkan faktor penghambatnya pertama anggaran karena dibentuk akhir tahun 2009 sehingga APBD pada waktu itu susah disahkan sehingga insentif untuk tenaga kesehatan tidak ada, kedua sarana prasarana pada saat itu masih minim seperti kendaraan dan markas, ketiga sumber daya dari segi kuantitas dan kualitas masih terbatas”.(dr.Andi Ihsan, S.ked).

Wawancara diatas menegaskan bahwa untuk mendukung kelancaran dan keutuhan sebuah program tentunya terlebih dahulu perlunya ada dukungan dari pihak pemerintah dan masyarakat baik dalam hal penyediaan sarana dan prasarana serta tersedianya anggaran yang jelas setiap tahun, dan manajemen yang baik dari pihak pelaksana. Tenaga kesehatan tim medis merupakan salah satu sumber daya manusia yang sangat berpengaruh dalam pemberian pelayanan kesehatan harus disertai dengan kemampuan atau keahlian yang dimiliki dalam mengatasi permasalahan emergency.

Peneliti kembali melakukan wawancara terkait faktor yang menjadi pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan BSB dimasa sekarang tahun 2015-2016, sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng :

“yang menjadi faktor pendukung pertama komitmen pemerintah kabupaten yang kuat dan DPRD yang kuat, kedua komitmen pemberi pelayanan kesehatan yang kuat, ketiga sarana dan prasarana yang cukup memadai seperti markas (station), kendaraan operasional dan alat kesehatan, keempat kualitas dan kuantitas sumber daya cukup memadai dan kelima koordinasi lintas sektor yang baik Sedangkan yang menjadi faktor penghambat ialah belum diakuinya BSB sebagai FKTP (Fasilitas kesehatan tingkat pertama) oleh BPJS sehingga BSB belum bisa mendapatkan kapitasi dan anggaran yang masih terbatas”.

Sedangkan Menurut dr.Rezy Friyana :

“faktor pendukung dalam pelaksanaannya yaitu adanya dukungan dari pihak pemerintah dalam hal ini Bupati dan DPRD, serta tersedianya sarana dan prasarana yang memadai seperti kendaraan operasional berupa ambulance sedangkan faktor penghambat dalam pelaksanaannya ialah kendala teknis dilapangan”.

Selain itu peneliti mendapatkan data melalui data sekunder terkait faktor pendorong pelaksanaan Brigade Siaga Bencana :

1. Adanya kebijakan dengan dikeluarkannya SK Bupati sebagai payung hukum untuk melakukan kerja sama dengan dinas/instansi terkait.
2. Adanya unit BSB yang menyalurkan kepentingan antara dinas terkait karena semua pihak memiliki kontribusi secara proporsional dan profesional.

3. Adanya dukungan finansial baik sumber dari APBD maupun bantuan pihak swasta
4. Adanya kemitraan dengan pemerintah Matsuyama Jehime Toyota.
5. Adanya beberapa bantuan unit ambulance modern yang setara dengan ambulance Presiden RI.

Sedangkan yang menjadi faktor penghambat ialah kendala teknis dilapangan namun dapat ditangani secara ad hoc dilapangan.

Berdasarkan data yang didapat dan hasil wawancara yang ada diatas memberikan makna bahwa setelah pelaksanaan Brigade Siaga Bencana berjalan beberapa tahun faktor yang menjadi pendukung semakin meningkat, pada awal pelaksanaanya yang sebelumnya menjadi faktor penghambat kini menjadi faktor pendukung.

4.4. Pembahasan

4.4.1. Strategi Inovasi Layanan Kesehatan Bebas Retribusi Di Kabupaten Bantaeng

Pemerintah kabupaten Bantaeng dalam hal ini Bupati berinisiatif untuk membentuk layanan kesehatan dengan melihat indikator kesehatan Bantaeng yang masih rendah dan diperlukan sebuah layanan kesehatan emergency kemudian pihak Dinas Kesehatan menanggapi hal tersebut membentuk sebuah layanan kesehatan berupa Brigade Siaga Bencana (BSB) dan didukung oleh SK Bupati terkait kelembagaan tim emergency

service yang didalamnya terdapat beberapa bentuk layanan salah satunya BSB.

Pihak dinas kesehatan kabupaten Bantaeng sebagai penanggung jawab umum membentuk struktur dan garis komando BSB berdasarkan keputusan kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantaeng Nomor 1241/440.12.4/2009 tentang penetapan prosedur tetap (protap) pelayanan pada Brigade Siaga Bencana Kabupaten Bantaeng tanggal 7 desember 2009. BSB dapat diartikan sebagai layanan kesehatan dengan sistem mobile atau sitem jemput bola pasien dengan menghubungi call center 113 atau melalui telepon (0413-21408) dan dapat juga melalui HT frekuensi radio 145.490 MHz.

Hal tersebut diatas diperkuat oleh teori inovasi yang diungkapkan dalam terminologi umum, menurut Sangkala dalam bukunya UN 2014:26, mengemukakan inovasi adalah suatu ide kreatif dimana diimplementasikan untuk menyelesaikan tekanan dari suatu masalah atau tindakan penerimaan dan pengimplementasian cara baru untuk mencapai suatu hasil dan pelaksanaan suatu pekerjaan.

Selanjutnya didukung juga oleh teori inovasi menurut Koch (dalam Sangkala, 2014:26) mengatakan bahwa inovasi adalah persoalan penggunaan hasil pembelajaran yaitu penggunaan kompetensi anda sebagai dasar penemuan cara baru dalam melakukan sesuatu yang memperbaiki kualitas dan efisiensi layanan yang disediakan.

Selain itu diperkuat oleh wijayanti (2008) mengatakan bahwa pemerintah harus melakukan inovasi untuk mencari cara baru bagi pemecahan masalah-masalah lama, mempergunakan sumber daya secara lebih efisien dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan baru serta memperbaiki dan taktik. Sejauh ini telah banyak pemerintah daerah melakukan berbagai inovasi yang dihasilkan oleh pemerintah daerah dalam pelayanan kesehatan juga membuktikan keseriusan pemda dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sebab menciptakan inovasi tidaklah mudah, membutuhkan kemauan yang kuat dari pemerintah untuk dapat mengkreasinya sebab dengan adanya inovasi pelayanan kesehatan dimungkinkan dapat merugikan pihak-pihak yang selama ini berbuat curang dalam penyelenggaraan pelayanan akan memutus rantai penyalahgunaan wewenang. Hal tersebut relevan dengan upaya yang dilakukan oleh pemerintah dengan menciptakan inovasi layanan kesehatan dengan sistem mobile atau sistem jemput bola pasien untuk memberikan penanganan emergency maupun non emergency yang dialami oleh masyarakat yang ada di Kabupaten Bantaeng.

Dalam pelaksanaan Brigade Siaga Bencana memberikan pelayanan kesehatan selama 24 jam secara gratis terhadap masyarakat yang ada diwilayah dan membutuhkan pertolongan di Kabupaten Bantaeng.

Disamping itu BSB memiliki tujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, mengurangi beban kerja

puskesmas dengan tidak melaksanakan kegiatan rujukan penderita di puskesmas maupun di masyarakat. Jadi puskesmas fokus pada pelaksanaan program kesehatan preventif dan promotif, dan untuk mncegah empat terlambat diantaranya, terlambat diketahui, terlambat didiagnosa,terlambat ditindaki dan terlambat dirujuk.

Brigade Siaga Bencana memiliki SOP respon time \pm 20 menit untuk menjangkau lokasi yang ada di wilayah Kabupaten Bantaeng dan memiliki standar pelayanan emergency dasar terkait hal mekanisme pelayanan. Selain itu BSB juga meberikan rujukan diantaranya rujukan dari rumah penderita kepuskesmas rawat inap, rujukan dari rumah penderita kerumah sakit daerah, dan rujukan dari rumah sakit daerah ke rumah sakit provinsi semua layanan diberikan secara gratis. Kehadiran BSB sebagai lalu lintas pelayanan kesehatan dan melakukan triase kasus yang muncul di masyarakat, memperkuat fungsi puskesmas sebagai sarana pelayanan dasar, rumah sakit berfungsi sebagai pusat rujukan, tidak menjadi puskesmas raksasa dan mendukung pelaksanaan JKN.

Melihat pelaksanaan BSB adapun hasil yang dicapai setelah beroperasi diantaranya, seluruh masyarakat telah terakses dengan pelayanan kesehatan, angka kematian ibu bersalin menurun secara signifikan, terjalin sinergitas antara para stakhholder (Skpd,Polri,Tagana dan lain-lain), meningkatnya kapasitas petugas di bidang kegawatdaruratan sehari-hari maupun saat ada bencana. BSB telah meraih beberapa

penghargaan melalui indikator kinerja pelayanan kesehatan yang telah diberikan atau dilaksanakan.

Selain itu diperkuat oleh teori pelayanan kesehatan menurut Levey dan loomba (1971) mengatakan bahwa pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Kemudian teori yang sama mengenai pelayanan kesehatan Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Disamping itu Terdapat beberapa atribut atau faktor yang digunakan dalam mengevaluasi pelayanan yang bersifat *intangible* (tak teraba) menurut Tjiptono (1997:26) yaitu:

- a. Keandalan (*reliability*) yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang di janjikan dengan segera, akurat dan memuaskan
- b. Ketanggapan (*Responsiveness*), yaitu keinginan atau kepedulian para staf dan karyawan untuk membantu para pasien dan memberikan pelayanan dengan tanggap

- c. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya, bebas dari bahaya, resiko atau keraguan.

Beberapa dimensi atau atribut yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan seperti yang dikemukakan Gaspersz, dikutip Wahyudi (2004:14) adalah:

- a. Ketetapan waktu pelayanan, hal-hal yang berkaitan di sini berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses
- b. Akurasi pelayanan, hal ini berkaitan dengan *reliabilitas* pelayanan dan bebas kesalahan
- c. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan, terutama bagi mereka yang berinteraksi langsung dengan pasien seperti petugas loket, perawat, apoteker dan lain-lain
- d. Tanggung jawab, hal ini berkaitan dengan penerimaan pesanan dan penanganan keluhan dari pasien
- e. Kelengkapan, menyangkut lingkup pelayanan dan ketersediaan sarana pendukung
- f. Kemudahan mendapatkan pelayanan, berkaitan dengan banyaknya petugas yang melayani dan banyaknya fasilitas pendukung
- g. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan kemudahan menjangkau lokasi, ruangan tempat pelayanan

yang bersih, ketersediaan informasi, petunjuk-petunjuk dan bentuk-bentuk lain.

4.4.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Strategi Inovasi layanan Kesehatan Bebas Retribusi Di Kabupaten Bantaeng

Dalam pelaksanaan dan pembentukan Brigade Siaga Bencana (BSB), tentunya ada faktor-faktor yang mempengaruhi dalam pelaksanaannya. Pada awal pembentukan dan pelaksanaan yang menjadi faktor pendukung diantaranya :

1. adanya komitmen Pemkab khususnya Bupati dan DPRD yang kuat.
Hal ini memberikan pengaruh yang sangat besar karena Bupati sebagai penentu atau yang membuat kebijakan sedangkan DPRD sebagai memiliki fungsi legislasi, anggaran dan pengawasan. Terkait sebuah kebijakan yang dikeluarkan oleh Bupati harus menjalin koordinasi dengan pihak DPRD dalam menjalankan atau membentuk sebuah program diperlukan sebuah anggaran olehnya itu perlu dirumuskan didalam APBD yang menjadi tugas DPRD.
2. Adanya komitmen tenaga kesehatan (dokter dan Perawat) yang kuat.
Dalam hal ini dokter maupun perawat terlebih dahulu harus mengikuti pelatihan untuk memperoleh pengalaman dan pengetahuan serta sertifikat terkait penanganan emergency, sehingga dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien yang membutuhkan pertolongan dan bersikap profesional sesuai bidang keahliannya.

Selain itu terdapat faktor yang menjadi penghambat pada awal pembentukan dan pelaksanaan, berikut ini :

1. Anggaran karena dibentuk akhir tahun 2009, APBD sehingga insentif untuk tenaga kesehatan tidak sah.
2. Sarana prasarana pada saat itu masih minim, seperti kendaraan dan markas.
3. Sumber daya dari segi kuantitas dan kualitas masih rendah.

Setelah BSB di implementasikan yang menjadi faktor pendukung adalah :

1. Komitmen Pemkab dan DPRD yang kuat
2. Komitmen pemberi pelayanan kesehatan yang kuat
3. Sarana dan prasarana yang cukup memadai, seperti markas (station), kendaraan operasional dan alat kesehatan.
4. Kualitas dan kuantitas sumber daya yang cukup memadai
5. Koordinasi lintas sektor yang baik

Berikut ini mengenai faktor yang menjadi penghambat antara lain: Belum diakuinya BSB sebagai FKTP (fasilitas kesehatan tingkat pertama) oleh BPJS, sehingga BSB belum bisa mendapatkan kapitasi, dan anggaran yang masih terbatas.

Selain itu didukung juga oleh teori pelayanan kesehatan, menurut Azwar (1996) tiga faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan. Pertama, unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai

kebutuhan. Kedua unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Ketiga, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

Disamping itu menurut model Mc Garthy dalam saifuddin (2005), akses terhadap pelayanan dipengaruhi oleh lokasi dan kondisi geografis, jenis pelayanan yang tersedia, kualitas pelayanan, transportasi dan akses terhadap informasi. Memahami teori-teori tersebut diatas, ini relevan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan strategi inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis penulis maka dapat ditarik beberapa kesimpulan :

1. Inovasi layanan kesehatan bebas retribusi di Kabupaten Bantaeng, yaitu salah satu program layanan kesehatan Brigade Siaga Bencana (BSB).
2. Tahapan proses pembentukan Brigade Siaga Bencana :
 - 1) Inisiator menerbitkan SK Tim Emergency Service
 - 2) Membentuk struktur dan garis komando
 - 3) Mengeluarkan SK Protap SOP dan garis komando BSB
 - 4) Menyiapkan tenaga medis
 - 5) Meyiapkan kendaraan ambulance.
3. BSB merupakan sebuah layanan kesehatan dengan sistem mobile dan sistem jemput bola pasien dengan menghubungi call center 113 atau telepon (0413-21408) beroperasi selama 24 jam secara gratis. Agar permasalahan mengenai lambatnya masyarakat mendapatkan pertolongan dapat diatasi karena layanan ini menggunakan kendaraan operasional berupa ambulance yang dilengkapi dengan alat-alat kesehatan yang setara dengan peralatan yang ada dalam UGD. Serta tim medis yang sudah

memiliki keterampilan dan basic. Sistem kerja BSB ini berpatokan pada SOP respon time ± 20 menit menjangkau seluruh daerah yang ada di kabupaten Bantaeng.

4. Secara umum faktor yang mempengaruhi pembentukan dan pelaksanaan BSB ialah pertama, unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan. Kedua unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Ketiga, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.
5. Setelah beroperasi BSB meraih beberapa penghargaan layanan kesehatan dan itu menunjukkan indikator kehadiran BSB membawa dampak yang baik untuk masyarakat di Kabupaten Bantaeng.
6. Brigade Siaga Bencana memiliki manfaat :
 - 1) Masyarakat mendapatkan layanan secara tidak dipungut biaya atau gratis
 - 2) Masyarakat mudah untuk mendapatkan akses layanan darurat
 - 3) Masyarakat mudah mendapatkan layanan rujukan kepuskesmas dan rumah sakit
 - 4) Menurunnya angka kematian bayi dan ibu melahirkan

5.2. SARAN

1. Meskipun pemerintah kabupaten Bantaeng telah membentuk cabang BSB di empat kecamatan dan satu BSB induk akan lebih baik jika pemerintah menempatkan BSB diseluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Bantaeng.
2. Strategi layanan kesehatan bebas retribusi melalui program Brigade Siaga Bencana (BSB) yang ada di Kabupaten Bantaeng, sekiranya dapat dicontoh oleh daerah lain dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.
3. Faktor yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan diharapkan dapat menjadi faktor pendukung kedepannya.
4. Diharapkan pada peneliti selanjutnya lebih mengembangkan ruang lingkup penelitian agar pengetahuan mengenai inovasi layanan kesehatan bebas rertribusi di Kabupaten Bantaeng tidak hanya sebatas melalui layanan Brigade Siaga Bencana tetapi menemukan hal-hal baru.

DAFTAR PUSTAKA

Buku-Buku :

Adisasmito, W. 2008. *Sistem Kesehatan*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.

Azwar, A. 1988. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: Binarupa Aksara.

Daerah Dalam Angka Kabupaten Bantaeng 2015. 2015. Bantaeng: Badan Pusat Statistik Kabupaten Bantaeng.

Osborne, Stephen P. dan Kerry Brown. 2005, *Managing Change And Innovation In Public Service Organization*. New York: Routledge.

Pohan, I. S. 2004. *Jaminan Mutu layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Razak, Amran. 2010. *Politik Kesehatan Gratis*. Yogyakarta: Adil Media.

Retnaningsih, Ekowati. 2013. *Akses Layanan Kesehatan*. Depok: Raja Grafindo Persada.

Saleh, Hasrat Arief. 2013. *Pedoman Penulisan Proposal dan Skripsi*. Makassar: Universitas Hasanuddin.

Santoso Agus, HM. 2013. *Menyikap Tabir Otonomi Daerah Di Indonesia*. Samarinda: Pustaka Pelajar.

Satria, M., Faiz. 2014. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan: Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.

Wijayanti, Sri Wahyu. 2008. *Inovasi Pada Sektor Pelayanan Publik*. Jurnal Administrasi Publik. Vol. IV (4).

Winarsih, Atik Septi dan Ratminto. 2005, *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Penelusuran Internet :

Crystal X Asli Nasa. *Konsep Kesehatan Nusantara*. 23 Desember 2015. www.konsepnusantara.blogspot.com

Izzah, A dan Atmansyah, L. 2011. *Eksistensi Brigade Siaga Bencana Dalam Pelayanan Kesehatan Kabupaten Bantaeng, Sulawesi Selatan*. Tersedia: <http://igi.fisipol.ugm.ac.id>. 22 Desember 2015.

Kebun Hadi. *Konsep Pelayanan Kesehatan*. 24 Desember 2015. www.kebunhadi.blogspot.com

Pratama Rizkim. *Good Practices Pelayanan Kesehatan Inovasi Pelayanan Kesehatan di Daerah*. WordPress. 23 Desember 2015. <http://Pratamarizkim.WordPress.com>

Lan. *Layanan Memikat Kabupaten Sehat*. 15 Maret 2016.
[Inovasi.lan.go.id/index.php?rinovasi/read&id=101](http://inovasi.lan.go.id/index.php?rinovasi/read&id=101)

Perundang-Undang :

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 Pasal 28 Ayat 1.

Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009, Tentang Kesehatan.

Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2008, Tentang Pemberian Pelayanan Kesehatan yang Bebas dari Retribusi di Kabupaten Bantaeng.